



La salud, los estilos de vida  
y las condiciones de trabajo  
de los pediatras en España

Salud, género  
y ejercicio profesional

Fundación  GALATEA

LA SALUD, LOS ESTILOS DE VIDA Y LAS CONDICIONES  
DE TRABAJO DE LOS PEDIATRAS EN ESPAÑA

**Edita:** Fundación Galatea

**Autores:** Lucía Baranda Areta  
Anna Mitjans Garcés  
Antoni Arteman Jané

**Asesores de la edición en español:**

Dr. Serafín Romero Agüit.

*Médico de Familia. Secretario General del CGCOM y de la FPSOMC.*

Dra. Isabel Montoya Martínez.

*Médico Pediatra. Presidente del Colegio de Murcia. Patrono de la FPSOMC.*

Dra. Mar Sánchez Fernández.

*Médico Coordinadora de la Unidad de Conductas Adictivas del Servicio de Psiquiatría del Hospital General Universitario de Ciudad Real. Responsable PAIME de Castilla-La Mancha. Miembro del Comité Técnico Nacional del PAIME.*

**Depósito legal:** B 7094-2014

**Informe editado en enero de 2014**

# Prólogo

La Fundación Patronato de Huérfanos y Protección Social de Médicos Príncipe de Asturias (FPSOMC), en el marco de la Organización Médica Colegial, tiene como misión prestar protección social a los médicos colegiados y sus familias a través de ayudas, servicios y otras medidas orientadas a promover el bienestar y la calidad de vida de sus beneficiarios desde varios ejes de trabajo, entre ellos el de la promoción, protección y prevención de la salud de las médicas y médicos de España.

Tras casi un siglo de actividad, la FPSOMC ha ido adaptando su actividad a las nuevas necesidades del colectivo médico, en función de los cambios sociales, sanitarios, económicos y culturales de cada momento.

Los médicos, en su condición de seres humanos, son tan vulnerables a la enfermedad como lo son sus pacientes y, por consiguiente, pueden enfermar por múltiples causas. Diversos estudios han alertado sobre los niveles elevados de estrés, de *burn-out* y de malestar psicológico que se dan dentro de la profesión médica y que ya se detectan desde los primeros años de la etapa MIR.

Actualmente, como colectivo profesional, vivimos fenómenos tan destacados como la incorporación de la mujer al mercado laboral con el consiguiente proceso de feminización de la profesión médica, la situación de crisis por la que atraviesa el sistema sanitario, la complejidad de las organizaciones sanitarias y la creciente carga asistencial. Todos ellos son factores que nos llevan a apoyar iniciativas como la que propone la Fundación Galatea para profundizar en el conocimiento de la salud, los estilos de vida y las condiciones de trabajo de los especialistas en pediatría.

Esta colaboración con la Fundación Galatea es una más en la línea que venimos desarrollando desde hace quince años con el Programa de Atención Integral al Médico Enfermo (PAIME) y desde hace 7 años con el Programa de la Salud del Médico Residente.

En nombre de la FPSOMC, no me queda más que felicitar a los autores y a cuantos han colaborado en la edición de este estudio, que debería poner las bases para un desarrollo profesional saludable de la pediatría española.

Dr. Juan José Rodríguez Sendín

*Presidente de la Fundación Patronato de Huérfanos y Protección Social de Médicos Príncipe de Asturias*



# Presentación

Desde 2001 la Fundación Galatea gestiona la asistencia psiquiátrica y psicológica a los profesionales sanitarios enfermos y, a su vez, promueve la salud y el bienestar físico y mental de estos colectivos.

En estos años de experiencia y con más de 2.000 casos de médicos enfermos atendidos, podemos decir que el PAIME se ha consolidado como un modelo de atención y de rehabilitación para el colectivo médico, tanto en Cataluña como en el ámbito estatal, donde actúa como un referente. Además desde 2007, se dispone de la Clínica Galatea, unidad clínica específica ubicada en Barcelona, con equipos de profesionales muy experimentados e instalaciones de primer orden.

Paradójicamente, los médicos no se cuidan tanto de ellos mismos como lo hacen de sus pacientes. La profesión requiere un fuerte compromiso social, con muchas presiones de todo tipo que pueden afectar el estado anímico y el equilibrio psicoemocional de los profesionales. Por ello, en el marco de los programas preventivos, vamos profundizando progresivamente en el análisis de las poblaciones de riesgo, en todas las etapas vitales y profesionales.

Dentro del programa “Salud, género y ejercicio profesional”, en 2008 publicamos el estudio *Salud, estilos de vida y condiciones de trabajo de los médicos y médicas de Cataluña*, que proporcionó datos cuantitativos sobre aspectos clave de la profesión y ha sido un punto de partida para desarrollar acciones que promueven el bienestar y la salud de los profesionales sanitarios, imprescindibles a la hora de garantizar una praxis de calidad.

En esta línea, queremos profundizar en los riesgos psicosociales específicos de colectivos de determinadas especialidades que podrían estar más expuestas. Por ello agradecemos la disposición y el apoyo recibidos de Laboratorios Ordesa para desarrollar este estudio sobre la salud, estilos de vida y condiciones de trabajo de los pediatras en España.

Como verán en este informe, esta especialidad está aún más feminizada que la población médica en general, con un elevado grado de subespecialización y con presencia mayoritaria en atención primaria. También hemos tenido en cuenta el momento de crisis económica en que nos encontramos, cómo está afectando a este colectivo y a los pacientes que atienden y sus familias.

Este proyecto no habría sido posible sin la implicación de los más de 1.000 pediatras que han contestado la encuesta, a los que damos las gracias, así como al grupo de trabajo que ha desarrollado el estudio y a los asesores de la Fundación Patronato de Huérfanos y Protección Social de Médicos Príncipe de Asturias que han aceptado revisar el documento. Esperamos que este informe responda a sus expectativas y nos permita diseñar intervenciones de carácter preventivo orientadas a la adquisición de hábitos más saludables en el ámbito de la pediatría.

Dr. Jaume Padrós i Selma

*Presidente del Patronato de la Fundación Galatea*

# Índice

<b>1. Introducción</b> .....	13
<b>2. Características sociodemográficas de los pediatras</b> .....	15
2.1. Distribución territorial .....	15
2.2. Distribución por sexo, edad y lugar de nacimiento .....	17
2.3. Lugar de nacimiento.....	18
2.4. Formación.....	19
<b>3. Estructura familiar y trabajo doméstico</b> .....	22
3.1. Estructura familiar .....	22
3.2. Reparto de tareas domésticas .....	24
3.3. Nivel de satisfacción personal y familiar .....	28
<b>4. La situación laboral y el ejercicio profesional</b> .....	30
4.1. Número de trabajos y sector de actividad .....	30
4.2. Centro de trabajo, antigüedad, situación contractual y cargo de mando .....	32
4.3. Carga horaria (tipo de horario, guardias y horas trabajadas).....	37
4.4. Aproximación al entorno y características de los pacientes .....	42
4.5. Ambiente laboral y entorno psicosocial .....	45
4.6. Exposición a problemas de salud derivados del ejercicio profesional .....	51
4.7. Nivel de satisfacción con el trabajo .....	53
<b>5. Estilos y hábitos de vida relacionados con la salud</b> .....	55
5.1. Actividad física .....	55
5.2. Consumo de tabaco .....	56
5.3. Consumo de alcohol .....	60
5.4. Horas de sueño.....	61
<b>6. Estado de salud</b> .....	64
6.1. Estado de salud autopercebido .....	64
6.2. Obesidad y sobrepeso.....	66
6.3. Trastornos crónicos .....	67
6.4. Indicadores de dolor, fatiga y estrés.....	70
6.5. Salud mental .....	71

<b>7. Uso de servicios sanitarios, medicación y prácticas preventivas</b> .....	74
7.1. Disponibilidad de médico de cabecera e historia clínica.....	74
7.2. Actitud ante problemas de salud propios .....	75
7.3. Consumo de medicamentos .....	76
7.4. Prácticas preventivas (vacuna de la gripe, control del colesterol y de la tensión) .....	80
<b>8. Valoración del ejercicio profesional y la relación con los pacientes</b> .....	83
8.1. La credibilidad social del pediatra.....	83
8.2. Coordinación con otros profesionales y niveles sanitarios .....	84
8.3. Repercusión de la crisis en el ejercicio de la profesión.....	86
8.4. Opinión sobre el uso de Internet por parte de los pacientes .....	88
<b>9. Principales resultados</b> .....	90
9.1. Características sociodemográficas y familiares .....	90
9.2. Entorno laboral y condiciones de trabajo.....	92
9.3. Estilos de vida determinantes de la salud .....	94
9.4. Estado de salud .....	96
9.5. Uso de servicios sanitarios .....	97
9.6. El ejercicio profesional en tiempos de cambio .....	99
<b>10. Anexo metodológico</b> .....	101
10.1. Características técnicas de la encuesta.....	101
10.2. Representatividad y validación de la muestra.....	102
10.3. El cuestionario .....	103
10.4. Las variables.....	104
10.5. La recogida de información.....	108
<b>11. Bibliografía</b> .....	110

# Índice de tablas

TABLA 2.1. Comparación de la estructura por comunidad autónoma y sexo de los pediatras españoles y la distribución de la muestra.....	16
TABLA 2.2. País de nacimiento de los pediatras.....	19
TABLA 2.3. Subespecialidades declaradas .....	20
TABLA 4.1. Tipo de jornada de los pediatras según sexo.....	37
TABLA 6.1. Trastornos crónicos declarados por los pediatras según sexo y según edad (respuesta inducida).....	68
TABLA 6.2. Otros trastornos crónicos citados por los pediatras (respuesta espontánea) .....	69
TABLA 6.3. Indicadores de cansancio, dolor y estrés según sexo y según edad .....	70
TABLA 6.4. Población que presenta riesgo de padecer mala salud mental según el GHQ-12. Datos comparativos con población general y otros profesionales sanitarios.....	73
TABLA 7.1. Medicamentos que los pediatras han tomado en los últimos 15 días según sexo y según edad .....	77
TABLA 7.2. Medicamentos tomados durante los últimos 15 días según sexo. Comparación pediatras y población general CSE I.....	79
TABLA 8.1. Pediatras que están bastante o muy satisfechos con el nivel de coordinación existente con diversos servicios o profesionales sanitarios de su entorno según sexo y según edad.....	85
TABLA 8.2. Pediatras que están bastante o muy satisfechos con el nivel de coordinación existente con diversos servicios o profesionales sanitarios de su entorno según sector y según centro de trabajo .....	86
TABLA 8.3. Pediatras que ven bastante o muy dificultado su ejercicio profesional debido a la situación económica de sus pacientes según sexo y según edad.....	87
TABLA 8.4. Pediatras que están bastante o muy de acuerdo con diversas opiniones relacionadas con el uso de Internet por parte de las familias de sus pacientes.....	89
TABLA 10.1. Preguntas y variables del cuestionario por apartados temáticos .....	103
TABLA 10.2. Actividad física.....	104
TABLA 10.3. Cuantificación del consumo de alcohol.....	105
TABLA 10.4. Clasificación en función del consumo de alcohol .....	105
TABLA 10.5. Clasificación en función del consumo de tabaco .....	106
TABLA 10.6. Clasificación en función del IMC .....	106
TABLA 10.7. Ítems empleados para el cálculo de los factores de riesgo psicosocial y valor del Alpha de Cronbach.....	107
TABLA 10.8. Tasa de respuesta .....	109

# Índice de gráficos

GRÁFICO 2.1. Distribución según sexo y territorio de los pediatras que trabajan en España y de la muestra obtenida .....	16
GRÁFICO 2.2. Distribución de la muestra de pediatras según sexo y grupos de edad .....	17
GRÁFICO 2.3. Distribución de los pediatras españoles por sexo y edad .....	18
GRÁFICO 2.4. Lugar de nacimiento según sexo y según edad .....	18
GRÁFICO 2.5. Pediatras que cuentan con una subespecialidad según sexo y según edad .....	19
GRÁFICO 2.6. Pediatras que cuentan con una subespecialidad según sector de actividad y centro de trabajo .....	20
GRÁFICO 2.7. Realización del doctorado por parte de los pediatras según sexo y según edad.....	21
GRÁFICO 2.8. Realización del doctorado por parte de los pediatras según sector de actividad y según centro de trabajo.....	21
GRÁFICO 3.1. Estructura del hogar según sexo y según edad.....	23
GRÁFICO 3.2. Convivencia con hijos en el hogar según sexo y según edad .....	23
GRÁFICO 3.3. Pediatras que conviven con personas que requieren cuidados especiales según sexo y según edad.....	24
GRÁFICO 3.4. Quién realiza las tareas del hogar según sexo y según edad.....	25
GRÁFICO 3.5. Intervención de una persona contratada en las tareas domésticas del hogar según sexo y según edad.....	26
GRÁFICO 3.6. Número promedio de horas de trabajo doméstico realizado por los pediatras según sexo y según edad .....	26
GRÁFICO 3.7. Número promedio de horas de trabajo doméstico realizado según sexo y persona encargada de las tareas del hogar .....	27
GRÁFICO 3.8. Número promedio de horas de trabajo doméstico realizado por los pediatras según sexo y edad .....	27
GRÁFICO 3.9. Pediatras satisfechos con diversos aspectos de su vida personal según sexo.....	28
GRÁFICO 3.10. Pediatras satisfechos con diversos aspectos de su vida personal según edad.....	28
GRÁFICO 3.11. Disponibilidad de tiempo libre para descansar según sexo y según edad .....	29
GRÁFICO 4.1. Disponibilidad de más de un trabajo según sexo y según edad.....	30
GRÁFICO 4.2. Disponibilidad de más de un trabajo según sexo y edad.....	31
GRÁFICO 4.3. Sector de actividad del trabajo principal según sexo y según edad .....	31
GRÁFICO 4.4. Sector de actividad combinado (uno o más trabajos) según sexo y según edad .....	32
GRÁFICO 4.5. Centro de trabajo de los pediatras según sexo y según edad .....	33
GRÁFICO 4.6. Antigüedad media en el puesto de trabajo y diferencia con el tiempo que llevan ejerciendo como pediatras según sexo y según edad.....	34
GRÁFICO 4.7. Antigüedad media en el puesto de trabajo y diferencia con el tiempo que llevan ejerciendo como pediatras según sector de actividad y según centro de trabajo.....	34
GRÁFICO 4.8. Tipo de contrato en el trabajo principal según sexo y según edad.....	35
GRÁFICO 4.9. Tipo de contrato en el trabajo principal según sector y según centro de trabajo .....	36
GRÁFICO 4.10. Pediatras con cargo de mando según sexo y según edad .....	36
GRÁFICO 4.11. Pediatras con cargo de mando según sector de actividad, según centro de trabajo y según tipo de contrato.....	37
GRÁFICO 4.12. Tipo de jornada según sector y según centro de trabajo .....	38
GRÁFICO 4.13. Tipo de jornada según sexo y según edad.....	38
GRÁFICO 4.14. Realización de guardias durante el último mes según sector de actividad y según centro de trabajo.....	39
GRÁFICO 4.15. Realización de guardias durante el último mes según sexo y según edad .....	39
GRÁFICO 4.16. Número medio de horas mensuales de guardias según sexo y según edad .....	40
GRÁFICO 4.17. Número de horas trabajadas durante la última semana según sexo y según edad.....	40
GRÁFICO 4.18. Número promedio de horas de trabajo semanal realizadas según sector y centro de trabajo .....	41
GRÁFICO 4.19. Número medio de horas de trabajo semanal según sexo y según edad.....	42
GRÁFICO 4.20. Tamaño del municipio en el que trabajan los pediatras según sexo y según edad.....	42
GRÁFICO 4.21. Tamaño del municipio en el que trabajan los pediatras según sector de actividad y según centro de trabajo....	43

GRÁFICO 4.22. Porcentaje medio de pacientes con situación económica grave según sector y según centro de trabajo .....	44
GRÁFICO 4.23. Porcentaje medio de pacientes procedentes de otros países según sector y según centro de trabajo .....	44
GRÁFICO 4.24. Factores de riesgo psicosocial según sexo.....	46
GRÁFICO 4.25. Factores de riesgo psicosocial según sector de actividad .....	46
GRÁFICO 4.26. Factores de riesgo psicosocial según centro de trabajo .....	47
GRÁFICO 4.27. Factores de riesgo psicosocial según tipo de contrato .....	47
GRÁFICO 4.28. Factores de riesgo psicosocial según se tenga cargo de mando .....	48
GRÁFICO 4.29. Pediatras que están de acuerdo o muy de acuerdo con que su situación laboral es insegura según sexo y según edad .....	49
GRÁFICO 4.30. Pediatras que están de acuerdo o muy de acuerdo en que su situación laboral es insegura según sector, según centro de trabajo y según tipo de contrato .....	49
GRÁFICO 4.31. Pediatras que están de acuerdo o muy de acuerdo con que tienen pocas perspectivas de promoción según sexo y según edad .....	50
GRÁFICO 4.32. Pediatras que están de acuerdo o muy de acuerdo con que tienen pocas perspectivas de promoción según sector, según centro de trabajo y según tipo de contrato .....	50
GRÁFICO 4.33. Pediatras que opinan que pueden tener problemas de salud a consecuencia del ejercicio profesional según sexo y según edad .....	51
GRÁFICO 4.34. Pediatras que opinan que pueden tener problemas de salud a consecuencia del ejercicio profesional según sector, según centro de trabajo y según tipo de contrato .....	52
GRÁFICO 4.35. Percepción sobre la posibilidad de tener determinados problemas de salud a consecuencia del ejercicio profesional según sexo.....	52
GRÁFICO 4.36. Percepción sobre la posibilidad de tener determinados problemas de salud a consecuencia del ejercicio profesional según edad .....	53
GRÁFICO 4.37. Satisfacción con las condiciones de trabajo según sexo y según edad .....	53
GRÁFICO 4.38. Satisfacción con el salario percibido por los pediatras según sexo y según edad .....	54
GRÁFICO 4.39. Pediatras que están satisfechos con sus condiciones laborales o con su salario según sector y según centro de trabajo .....	54
GRÁFICO 5.1. Actividad física realizada por los pediatras en los últimos 7 días según sexo y según edad.....	55
GRÁFICO 5.2. Actividad física realizada según sexo. Comparación pediatras y población general española CSE I.....	56
GRÁFICO 5.3. Consumo de tabaco por parte de los pediatras según sexo y según edad.....	57
GRÁFICO 5.4. Consumo de tabaco por parte de los pediatras según sexo. Comparación pediatras y población general CSE I.....	57
GRÁFICO 5.5. Número de cigarrillos fumados diariamente por los fumadores según sexo. Comparación pediatras y población general CSE I.....	58
GRÁFICO 5.6. Pediatras fumadores que han intentado dejar de fumar en los últimos 12 meses según sexo y según edad .....	59
GRÁFICO 5.7. Tiempo transcurrido desde que los exfumadores dejaron de fumar según sexo. Comparación pediatras y población general CSE I .....	59
GRÁFICO 5.8. Consumo de alcohol según sexo y según edad .....	60
GRÁFICO 5.9. Tipos de bebedores según sexo y según edad.....	61
GRÁFICO 5.10. Pediatras que suelen dormir 6 horas o menos según sexo y según edad .....	61
GRÁFICO 5.11. Pediatras que suelen dormir 6 horas o menos según sector y centro de trabajo.....	62
GRÁFICO 5.12. Pediatras que duermen 6 horas o menos según tengan uno o más trabajos y según el número de horas trabajadas semanalmente .....	62

GRÁFICO 5.13. Media de horas que duermen los pediatras según sexo. Comparación pediatras y población general CSE I.....	63
GRÁFICO 6.1. Estado de salud autopercebido según sexo y según edad.....	65
GRÁFICO 6.2. Evolución del estado de salud en los últimos 5 años según sexo y según edad .....	65
GRÁFICO 6.3. Índice de Masa Corporal según sexo y según edad.....	66
GRÁFICO 6.4. Índice de masa corporal (IMC) según sexo. Comparación con población general CSE I.....	67
GRÁFICO 6.5. Pediatras que tienen algún trastorno crónico según sexo y según edad .....	67
GRÁFICO 6.6. Índice de salud mental según sexo y según edad .....	72
GRÁFICO 6.7. Índice de salud mental según sector y según centro de trabajo.....	72
GRÁFICO 7.1. Disponibilidad de médico de cabecera según sexo y según edad .....	74
GRÁFICO 7.2. Pediatras que tienen médico de cabecera según sector y centro de trabajo.....	75
GRÁFICO 7.3. Comportamiento de los pediatras ante una enfermedad según sexo y según edad .....	76
GRÁFICO 7.4. Comportamiento de los pediatras ante una enfermedad según sector y según centro de trabajo.....	76
GRÁFICO 7.5. Medicamentos tomados por propia iniciativa o por prescripción médica según sexo y según edad .....	78
GRÁFICO 7.6. Medicamentos tomados durante los últimos 15 días según hayan sido o no prescritos por otro médico.....	79
GRÁFICO 7.7. Personas que han tomado medicamentos prescritos en los últimos 15 días. Comparación pediatras y población general CSE I.....	80
GRÁFICO 7.8. Pediatras que se controlan periódicamente la tensión y el colesterol según sexo y según edad .....	81
GRÁFICO 7.9. Pediatras que se ponen la vacuna de la gripe según sexo y según edad .....	81
GRÁFICO 7.10. Control periódico de la tensión y del colesterol. Comparación pediatras y población general CSE I.....	82
GRÁFICO 8.1. Opinión sobre la evolución de la credibilidad del pediatra según sexo y según edad .....	84
GRÁFICO 8.2. Pediatras que están bastante o muy satisfechos con el nivel de coordinación existente con diversos servicios o profesionales sanitarios de su entorno .....	84
GRÁFICO 8.3. Pediatras que ven dificultado su ejercicio profesional por diversos motivos relacionados con la crisis .....	86
GRÁFICO 8.4. Pediatras que están de acuerdo con diversas opiniones sobre el uso de Internet por parte de los padres para informarse sobre salud infantil.....	88



# 1. Introducción

La Fundación Galatea fue creada el año 2001 por el Consejo de Colegios de Médicos de Cataluña con la finalidad de promover la salud, el bienestar físico y mental y la calidad de vida del colectivo médico y, por extensión, de todos los profesionales de la salud, y así también garantizar mejor la salud de la población que atienden.

Para alcanzar estos objetivos, ofrece servicios de asistencia directa a profesionales sanitarios, a través del Programa de Atención Integral al Médico Enfermo (PAIME), y desarrolla diversas líneas de investigación para conocer el estado de salud y las condiciones de trabajo de las especialidades médicas más expuestas a situaciones de riesgo psicosocial, con el fin de adaptar sus intervenciones asistenciales y preventivas.

Por otra parte, Ordesa, laboratorio referente en la nutrición de los más pequeños, tiene abierta una línea de estudios e informes para aportar valor a los profesionales del ámbito médico-farmacéutico y proporcionar información útil a los padres. Tras presentar el primer estudio de esta colección sobre atención farmacéutica y alimentación infantil en marzo de 2012, la Fundación Galatea le propuso llevar a cabo un estudio sobre la salud, estilos de vida y condiciones de trabajo de los pediatras en España.

Es conocida la paradoja de que los profesionales de la medicina no cuidan suficientemente de su propia salud, tal como ellos aconsejan a sus pacientes. Es una profesión que tiene un fuerte compromiso social, pero que se ve cada día más sometida a grandes presiones de todo tipo que pueden llegar a alterar el estado anímico y el equilibrio psicoemocional de las personas que la ejercen, elementos que son, por otro lado, imprescindibles para poder ayudar debidamente a sus pacientes.

En el caso concreto de la pediatría, los profesionales han de enfrentarse a factores como la creciente presión asistencial, el contacto con la enfermedad y la muerte en la población más joven, la relación con los padres de los pacientes, la necesidad de coordinación con otros profesionales de atención primaria y especializada, el uso de Internet como fuente de información sobre salud, etc. Factores que los pediatras deben manejar para un desarrollo profesional saludable.

En este contexto se plantea este estudio, con los siguientes objetivos:

- » Proporcionar información sobre la salud, los hábitos y conductas relacionadas con la salud, estilos de vida y hábitos sanitarios de los pediatras en España.
  - » El estado de salud de los pediatras. Presencia de trastornos crónicos, salud mental, etc.
  - » Los hábitos de vida que pueden determinar su salud (actividad física, consumo de tabaco y alcohol, horas de sueño, etc.)
  - » El uso de servicios sanitarios, consumo de medicamentos o prácticas preventivas
- » Proporcionar información sobre sus características sociodemográficas y sus condiciones de trabajo
  - » Estructura sociodemográfica y formación
  - » Entorno familiar y cargas derivadas del trabajo doméstico
  - » Condiciones de trabajo (sector de actividad, centro de trabajo, situación contractual, etc.) y riesgos psicosociales que se derivan
- » Estudiar la asociación entre malestar psíquico y los factores de riesgo psicosocial. Específicamente, conocer cómo afectan al pediatra aspectos como la utilización de Internet por parte de los padres de sus pacientes o la coordinación entre profesionales sanitarios (médicos de familia, especialistas, etc.).

Para alcanzar estos objetivos se ha realizado una encuesta dirigida a pediatras de toda España, cuyas características técnicas se presentan en anexo.

En este documento se presentan los resultados de esta encuesta. Se trata de un análisis descriptivo y comparativo en función de diversas variables explicativas como el sexo de los pediatras, la edad, el sector de actividad o el tipo de centro en que ejercen.

Igualmente, se han comparado los principales resultados con los de la población general española siempre que ha sido posible. Para ello se incorporaron en el cuestionario indicadores e instrumentos utilizados en la Encuesta Nacional de Salud de España (realizada en el marco de la Encuesta Europea de Salud). Para las comparaciones se han tomado como referencia los resultados del grupo de población perteneciente a la clase social I (directores y gerentes de 10 o más asalariados y profesionales tradicionalmente asociados a licenciaturas universitarias), que es la clase social (basada en la ocupación) que corresponde a los médicos.

## 2. Características sociodemográficas de los pediatras

En este apartado presentamos las características sociodemográficas del colectivo de pediatras que han participado en la encuesta como el sexo, la edad, el lugar de nacimiento, la comunidad autónoma en que ejercen y algunos elementos diferenciales de su formación.

### 2.1. Distribución territorial

Los pediatras que han participado en la encuesta pertenecen a todas las comunidades autónomas. Para poder validar la distribución territorial de la muestra se ha tomado como referencia el informe *Oferta y necesidad de médicos especialistas en España (2010-2025)*, publicado por el Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad (diciembre 2011).

Este informe se basa en informaciones facilitadas por las comunidades autónomas sobre el número de especialistas que trabajan en el sistema de salud público, por lo que no se contabilizan los profesionales que se dedican exclusivamente a la práctica privada, que en nuestra muestra representan un 13% del total de pediatras. Aún así, consideramos que se trata de la información más fiable y más aproximada a la realidad de la distribución territorial y por sexos de los pediatras españoles y por ello lo hemos tomado como referencia para comprobar eventuales desequilibrios de la muestra.

En la TABLA 2.1 se presenta la distribución de los pediatras existentes en España por comunidad autónoma y sexo según este informe (distribución real) y la distribución de las encuestas recibidas según las mismas variables (distribución muestral).

Como se puede comprobar en la TABLA y en el GRÁFICO 2.1, la estructura general de la distribución territorial de los pediatras es muy similar a la de las encuestas recibidas con algunas distorsiones puntuales en determinadas comunidades autónomas (señaladas en la tabla en azul oscuro).

---

<sup>1</sup> Según el Informe IDIS (Instituto para el Desarrollo e Integración de la Sanidad) del 2013, un 24% de los médicos españoles trabajan en el sector privado. No distinguen por especialidades ni diferencian los que trabajan exclusivamente para el sector privado de los que combinan este trabajo con un empleo público. Por lo que cabe suponer que este porcentaje del 13% se aproxima bastante a la realidad.

La salud, los estilos de vida y las condiciones de trabajo de los pediatras en España

GRÁFICO 2.1. Distribución según sexo y territorio de los pediatras que trabajan en España y de la muestra obtenida

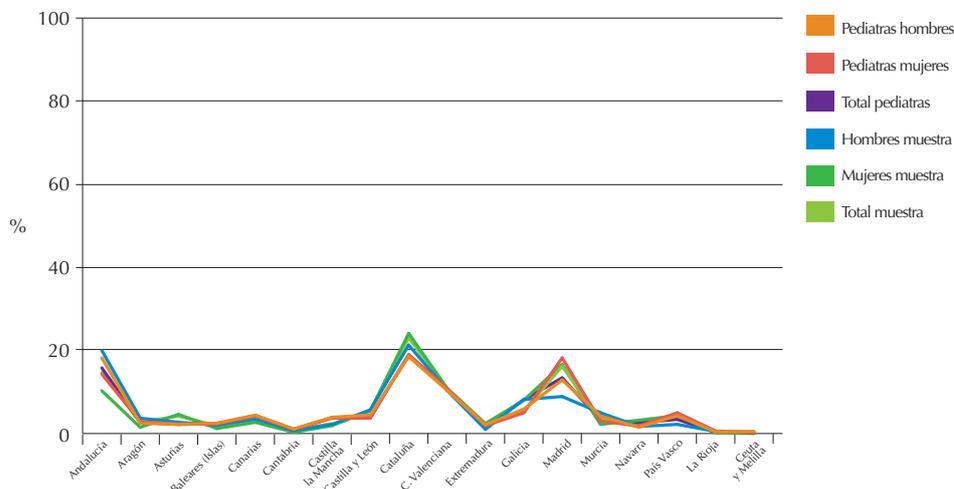


TABLA 2.1. Comparación de la estructura por comunidad autónoma y sexo de los pediatras españoles y la distribución de la muestra

	Distribución real*			Distribución muestral			Diferencia (real-muestra)		
	hombres	mujeres	total	hombres	mujeres	total	hombres	mujeres	total
Andalucía	18,2	14,3	15,8	20,0	10,3	14,3	-1,9	4,1	1,5
Aragón	2,5	2,9	2,7	3,7	1,5	2,4	-1,2	1,3	0,3
Asturias	2,2	2,3	2,2	2,7	4,6	3,8	-0,6	-2,3	-1,6
Baleares (Islas)	2,5	2,3	2,4	2,0	1,2	1,5	0,5	1,1	0,9
Canarias	4,4	4,2	4,3	3,5	2,7	3,0	0,9	1,4	1,2
Cantabria	1,1	1,0	1,0	0,7	0,3	0,5	0,4	0,6	0,5
Castilla la Mancha	3,9	3,7	3,8	2,2	1,9	2,0	1,7	1,8	1,8
Castilla y León	4,5	3,7	4,0	5,7	5,5	5,6	-1,2	-1,7	-1,5
Cataluña**	18,5	19,0	18,9	21,3	24,1	23,0	-2,7	-5,1	-4,1
Comunidad Valenciana	10,4	10,8	10,7	10,4	10,9	10,7	0,0	-0,1	-0,1
Extremadura	2,1	1,9	2,0	1,0	2,4	1,8	1,1	-0,5	0,2
Galicia	5,9	5,0	5,4	8,2	8,0	8,1	-2,2	-3,0	-2,7
Madrid	12,9	18,2	16,2	8,9	16,6	13,4	4,0	1,6	2,8
Murcia	4,2	3,0	3,5	5,0	2,2	3,3	-0,8	0,8	0,1
Navarra	1,5	1,8	1,7	1,7	3,2	2,6	-0,2	-1,5	-1,0
País Vasco	4,3	5,0	4,7	2,2	4,3	3,4	2,0	0,7	1,3
La Rioja	0,4	0,6	0,5	0,5	0,2	0,3	-0,1	0,4	0,2
Ceuta y Melilla	0,5	0,3	0,3	0,2	0,0	0,1	0,2	0,3	0,2
% sexo	37,6	62,4	100,0	40,8	59,2	100,0	-3,3	3,3	
Efectivos	3398	5638	9036	404	585	989***			

\* Registros de plantillas de las CCAA que han relacionado los profesionales en activo a fecha 31 de octubre de 2009.

\*\* Los médicos registrados en Cataluña sólo incluyen a los que pertenecen al Instituto Catalán de la Salud (ICS), quedando fuera todos los especialistas del sector concertado, muy extendido en esta comunidad autónoma. Por ello se ha ponderado la cifra considerando la media de pediatras por cada 100.000 habitantes menores de 15 años existente en Cataluña.

\*\*\* Las encuestas recibidas han sido 1.028 pero hay 39 que no han contestado en qué provincia trabajan. Estas encuestas no han podido ser consideradas en esta validación.

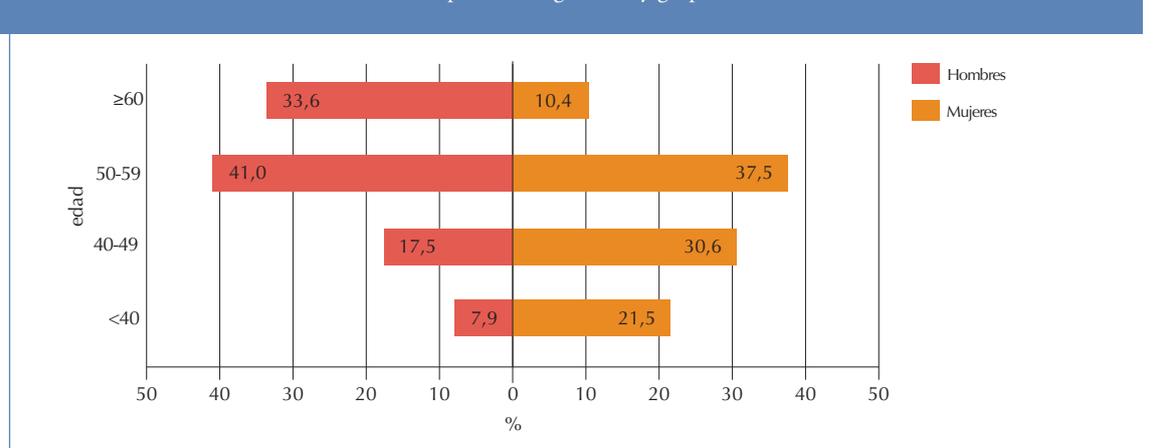
Para solucionar una posible desviación de la muestra por territorio (y por sexo y edad) se han calculado los coeficientes de ponderación que permiten dar el peso real a cada territorio (y a cada sexo y grupo de edad) y se ha podido comprobar que los resultados obtenidos con la muestra original y con la muestra ponderada sólo presentan diferencias decimales prácticamente indetectables. Se ha mantenido, por tanto, la muestra inicial (sin ponderar) y se garantiza su representatividad territorial y demográfica.

## 2.2. Distribución por sexo, edad y lugar de nacimiento

La muestra de pediatras que han participado en la encuesta está formada por más mujeres que hombres, su media de edad se sitúa en los 50 años y predominan los que tienen entre 50 y 59 años.

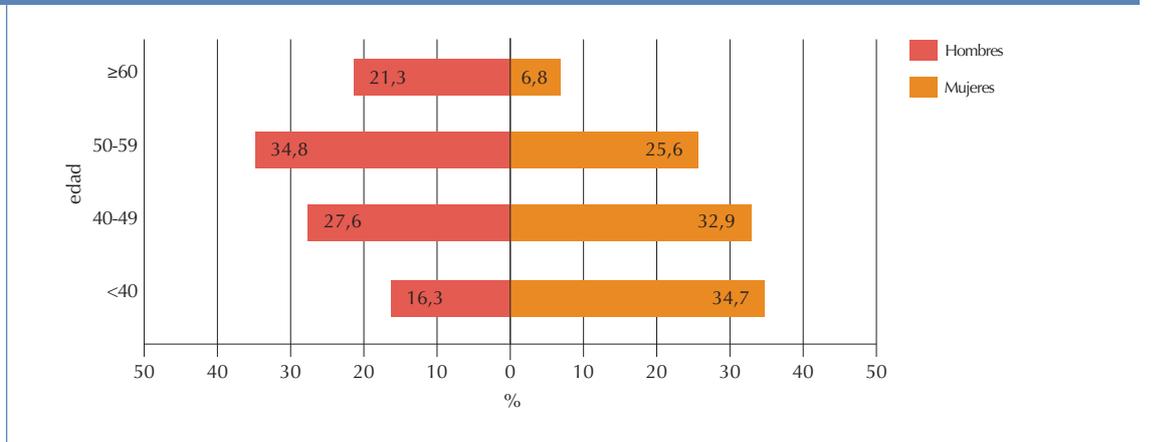
La estructura de edad de los hombres y de las mujeres es diferente. Las mujeres son más jóvenes (un 52% tiene menos de 50 años frente al 25% de los hombres), lo que indica una feminización creciente de este colectivo. La edad media de las mujeres es de 47,9 años y la de los hombres 54,8.

GRÁFICO 2.2. Distribución de la muestra de pediatras según sexo y grupos de edad



Si comparamos esta pirámide de sexo y edad con la que se presenta en el estudio *Oferta y necesidad de médicos especialistas en España (2008-2025)*, podemos comprobar que nuestra muestra mantiene, con pequeñas desviaciones, la estructura general y, por tanto, su representatividad. Hay una pequeña infra-representación de las mujeres, poco relevante, y una sobrerrepresentación de pediatras de 50 a 59 años con la consecuente infrarrepresentación de los menores de esta edad. En definitiva, la muestra está más envejecida que el universo pero también hay que tener en cuenta que la pirámide de referencia no considera a los pediatras privados, que son los que aportan a la muestra un mayor número de efectivos en los grupos de edad de mayores de 50 y, sobre todo, de 60 años.

GRÁFICO 2.3. Distribución de los pediatras españoles por sexo y edad

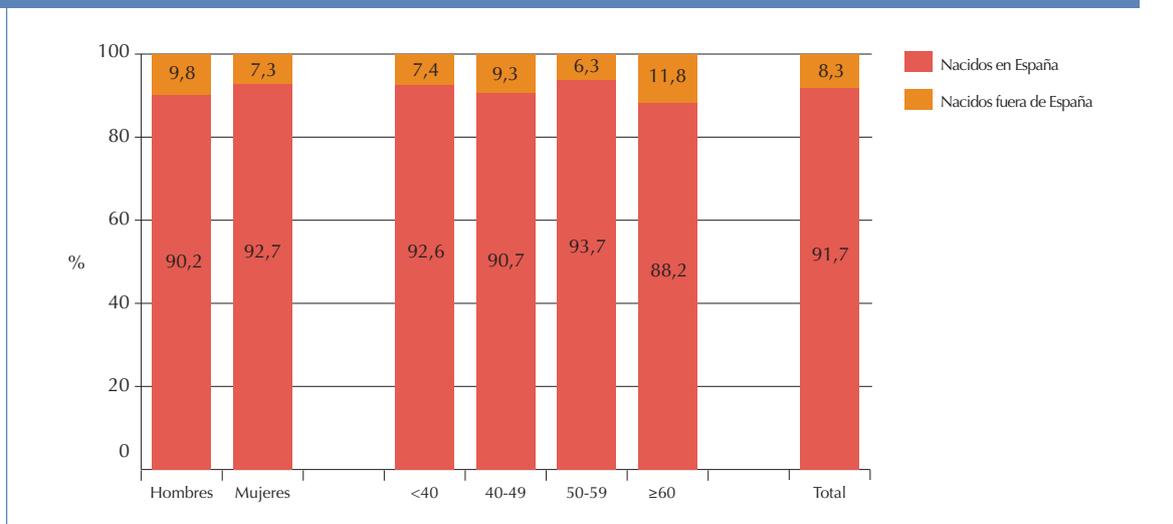


En cualquier caso, tal y como hemos comentado, la aplicación de coeficientes de ponderación para equiparar la estructura del universo a la de la muestra por sexo, edad y territorio, no aporta resultados significativamente diferentes y, por lo tanto se asumen estas desviaciones aunque teniéndolas en cuenta a la hora del análisis.

## 2.3. Lugar de nacimiento

El lugar de nacimiento de la gran mayoría de pediatras es España. La presencia de pediatras nacidos fuera de España es de un 8,3%, sin diferencias relevantes por sexo y por edad. La media de edad de los nacidos en España es de 50,7 años y la de los nacidos fuera de 51,7.

GRÁFICO 2.4. Lugar de nacimiento según sexo y según edad



Los países de procedencia de los pediatras nacidos fuera de España son diversos pero predominan los nacidos en América latina, que representan un 6% del total de pediatras y un 72% de los nacidos fuera.

TABLA 2.2. País de nacimiento de los pediatras (%)

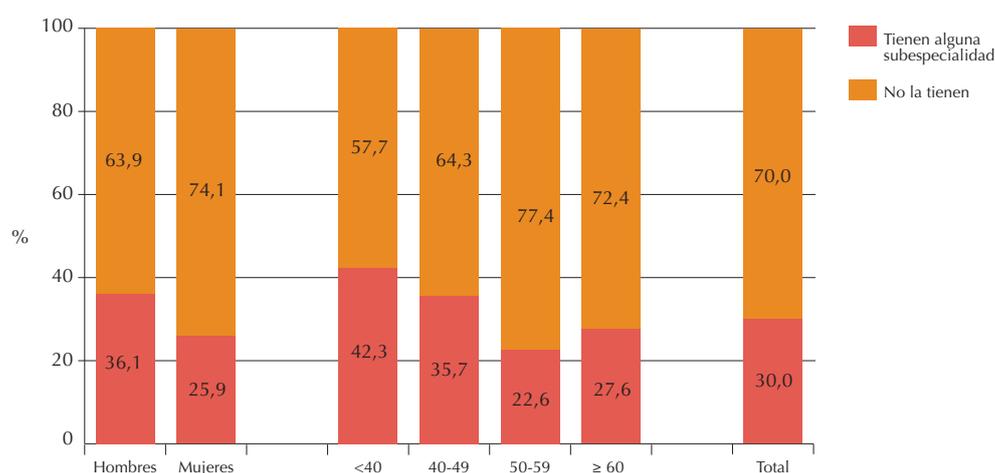
España	91,7	México	0,2
Francia	0,1	Cuba	1,0
Italia	0,2	Dominicana, República	0,1
Alemania	0,3	Argentina	1,9
Rumanía	0,1	Bolivia	0,1
Suiza	0,1	Brasil	0,1
Europa	0,8	Colombia	0,9
Marruecos	0,3	Ecuador	0,1
Magreb	0,3	Paraguay	0,1
Líbano	0,5	Perú	0,6
Siria	0,5	Uruguay	0,4
Palestina	0,1	Venezuela	0,5
Oriente medio	1,1	América latina	6,0
		Canadá	0,1
		Resto de América	0,1

## 2.4. Formación

Casi todos los médicos que han participado en la encuesta tienen la especialidad de pediatría (94,3%) y un 2% es especialista en medicina familiar y comunitaria (MFyC). Sólo un 3% carece de especialidad. No hay diferencias significativas ni por sexo ni por edad.

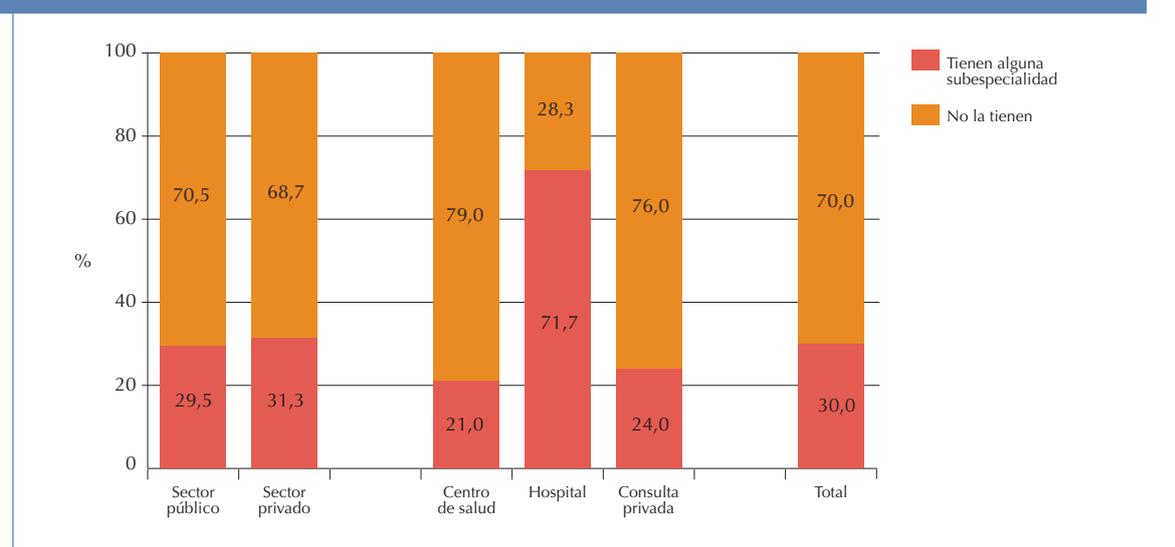
Un 30% declara haber estudiado una subespecialidad. Lo han hecho más los hombres (36,1%) que las mujeres (25,9%) y a medida que aumenta la edad disminuye la probabilidad de contar con una especialización añadida. Un 42% de los menores de 40 años tiene alguna frente al 27,6% de los mayores de 60.

GRÁFICO 2.5. Pediatras que cuentan con una subespecialidad según sexo y según edad



No hay diferencias significativas según el sector de actividad o el centro de trabajo donde ejercen los pediatras, excepto los que trabajan en hospitales o en servicios de emergencias, donde hay más pediatras especializados.

GRÁFICO 2.6. Pediatras que cuentan con una subespecialidad según sector de actividad y centro de trabajo



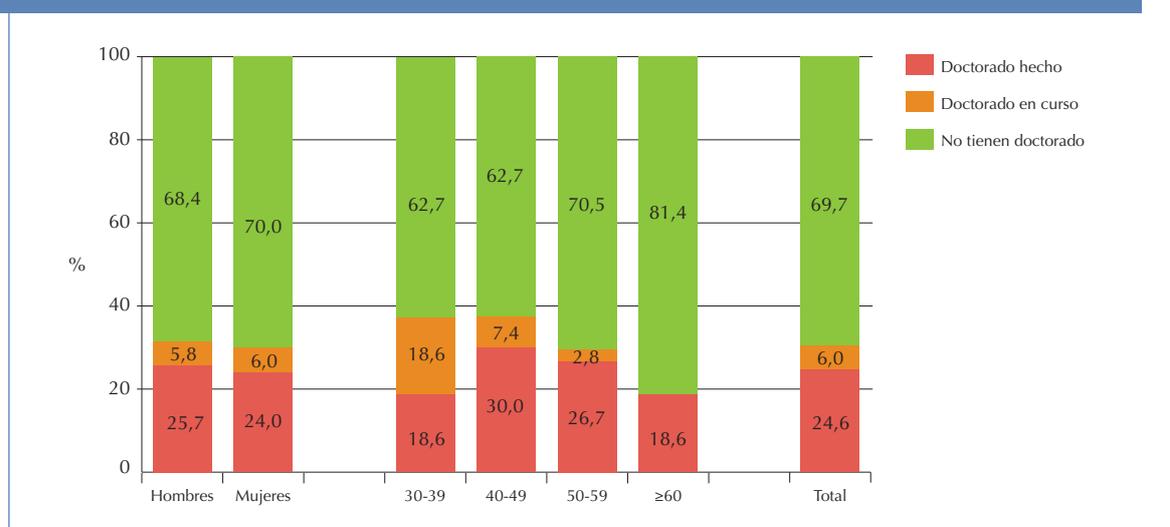
Aunque la pregunta se refería a subespecialidades dentro de pediatría, también han contestado afirmativamente los que han realizado otras especialidades médicas o quirúrgicas, tengan o no relación con su ejercicio profesional. Las especialidades y subespecialidades mencionadas son muy diversas, se han contabilizado 25, por lo que los resultados son muy dispersos. Destacan neonatología, cursada por un 6,7% de los pediatras, y la especialidad de aparato digestivo (4,3%). El resto se puede observar en la tabla adjunta.

TABLA 2.3. Subespecialidades declaradas

	n	%		n	%
Alergología	22	2,1	MFyC	3	0,3
Gastroenterología, hepatología y nutrición	44	4,3	Nefrología	15	1,5
Cardiología	12	1,2	Neonatología	69	6,7
Cirugía oral y maxilofacial	5	0,5	Neurología	13	1,3
Cirugía pediátrica	2	0,2	Neumología	10	1,0
Endocrinología	29	2,8	Psiquiatría infantil	2	0,2
Hematología y oncología	9	0,9	Puericultura	7	0,7
Infectología	10	1,0	Reumatología	2	0,2
Inmunología	1	0,1	Urgencias pediátricas	6	0,6
Medicina intensiva	25	2,4	Otras	26	2,6
No tienen subespecialidad	716	69,6	Total	1028	100,0

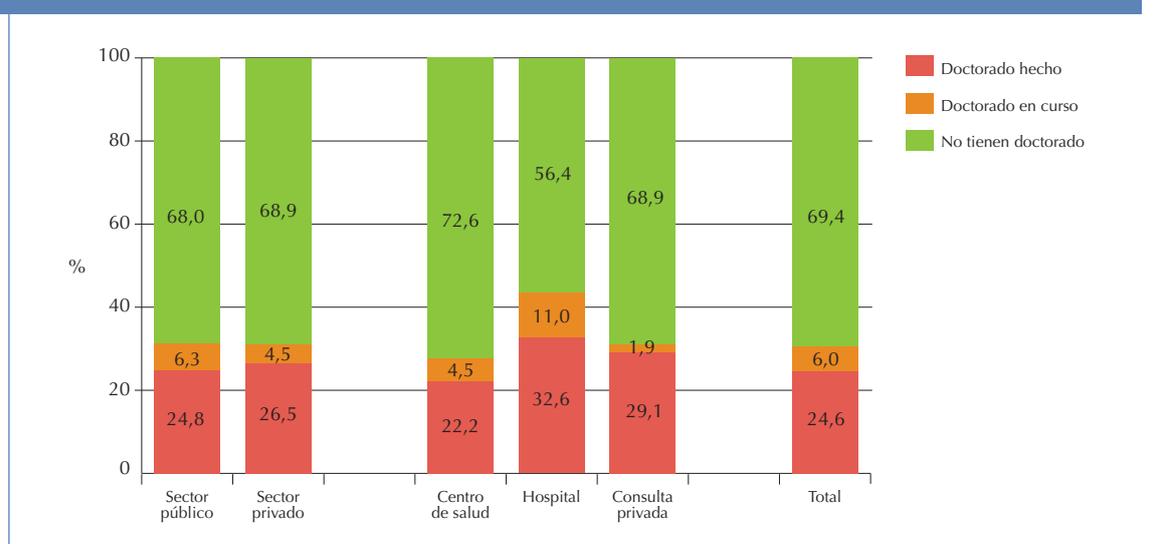
Una cuarta parte de los pediatras ha hecho el doctorado y un 6% lo está realizando en este momento. No hay diferencias por sexo. El grupo de edad de 40 a 49 años es el que registra un mayor porcentaje de pediatras con el doctorado hecho (30%) y el de menores de 40 años registra más pediatras con el doctorado en curso (18,6% a los que hay añadir otro 18% que lo tiene finalizado). Esto indica que entre las nuevas generaciones de pediatras, está más extendida la realización de la tesis doctoral.

GRÁFICO 2.7. Realización del doctorado por parte de los pediatras según sexo y según edad



El porcentaje de pediatras que han hecho o están haciendo el doctorado no varía en función del sector de actividad. Por tipo de centro de trabajo se incrementa entre los que trabajan en un hospital.

GRÁFICO 2.8. Realización del doctorado por parte de los pediatras según sector de actividad y según centro de trabajo



## 3. Estructura familiar y trabajo doméstico

En este apartado se presenta la situación de convivencia de los pediatras, el número de hijos con que conviven y las cargas de trabajo derivadas de las tareas domésticas. Se analizan también las estrategias familiares de distribución de estas tareas entre los miembros del hogar y las horas que se les dedican.

La familia es un elemento de preservación del equilibrio personal pero, al mismo tiempo, genera un tiempo de trabajo añadido que, en determinadas etapas del ciclo vital, implica una sobrecarga física y mental que puede repercutir en la salud de las personas.

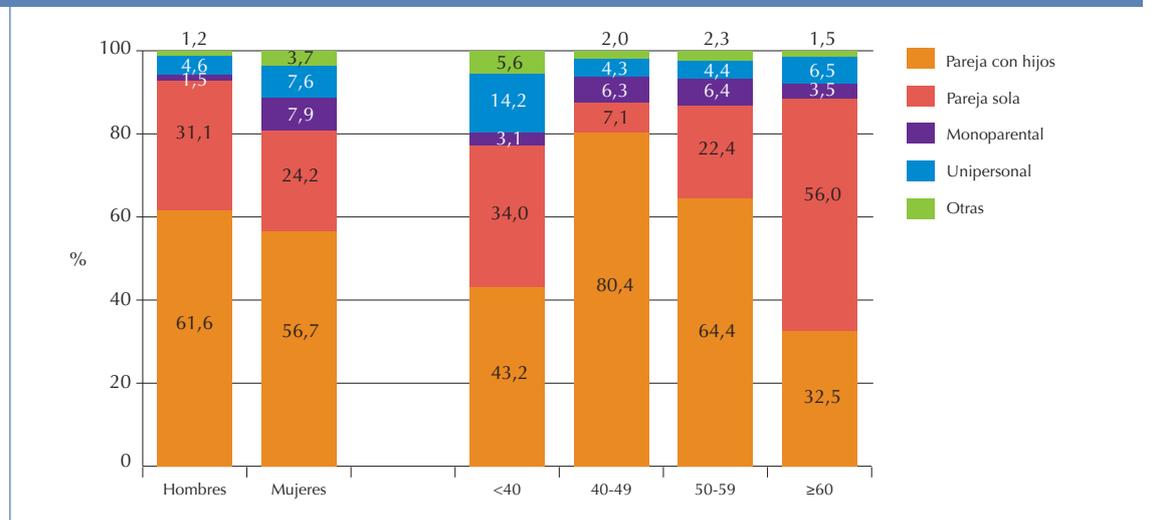
Por otra parte, el mantenimiento de los roles tradicionales en el reparto de las tareas domésticas, en los que las mujeres tienden en mayor medida a ocuparse de ellas, requiere enfocar este tema desde una perspectiva de género.

### 3.1. Estructura familiar

La estructura de los hogares en los que viven los pediatras españoles es la que corresponde a un colectivo de personas en edad activa. Predominan las personas que viven con pareja e hijos y el tamaño medio de los hogares es de 3,3 personas.

Otras situaciones de convivencia son minoritarias y entre ellas cabe mencionar las personas que viven solas (6%), las que viven sin pareja ni hijos pero con otras personas (3%), que corresponden en mayor medida a jóvenes; y, por último, las familias monoparentales, casi exclusivamente mujeres que viven con hijos pero sin pareja y que representan un 5%.

GRÁFICO 3.1. Estructura del hogar según sexo y según edad

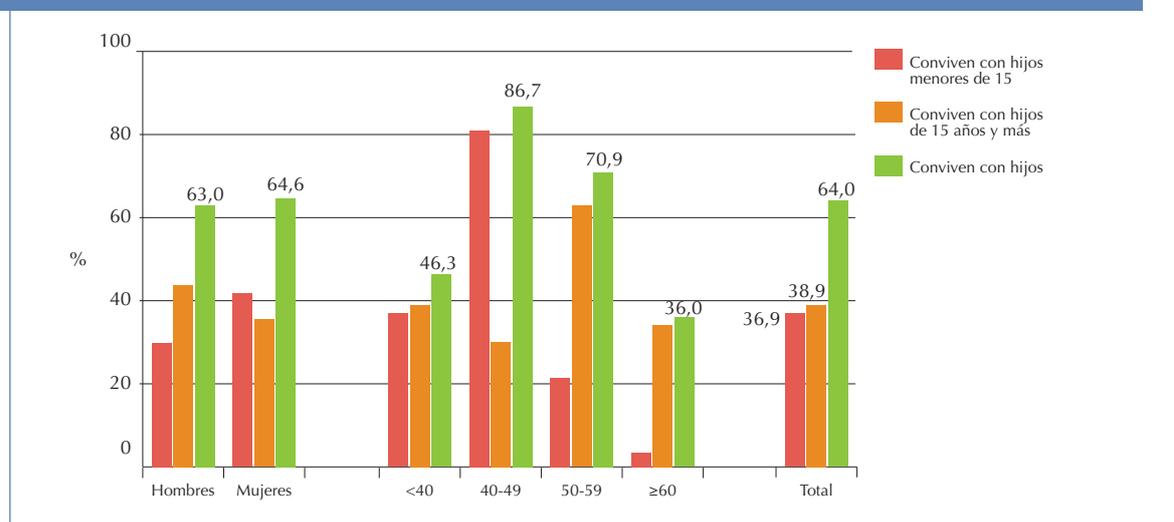


El predominio de los hogares formados por pareja e hijos se produce tanto en hombres como en mujeres y es más habitual en las edades centrales, entre los 40 y los 60 años.

Entre los menores de 40 años, coexisten las situaciones de las personas que aún no han formado familia o no han tenido hijos con las que tienen niños pequeños; y entre los mayores de 60, aparece un porcentaje (56%) importante de personas que viven con pareja pero sin hijos, probablemente porque se han emancipado (efecto nido vacío).

El 64% de los pediatras convive con hijos en el hogar, normalmente con uno o dos: el 21% de pediatras convive con uno y el 29% con dos. Un grupo, que representa el 11%, vive con 3 hijos y la presencia de más de 3 hijos en el hogar es muy minoritaria (3,8%).

GRÁFICO 3.2. Convivencia con hijos en el hogar según sexo y según edad



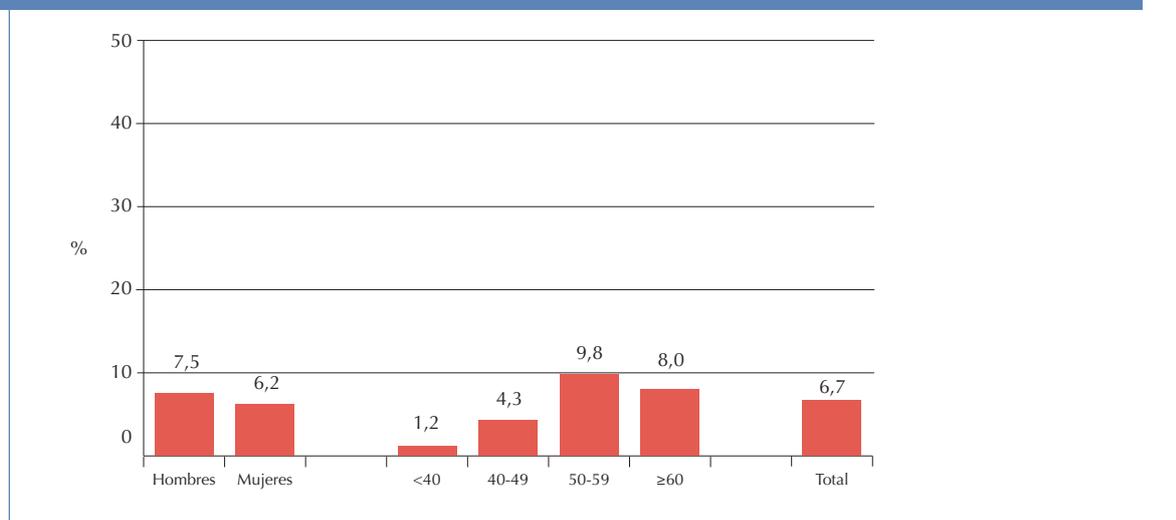
El 37% de los pediatras vive con hijos pequeños (menores de 15 años) aunque este porcentaje se incrementa significativamente entre los menores de 50 años y muy especialmente en la franja de edad de 40 a 50 años, que son las edades con mayor carga reproductiva.

Hay, en este aspecto, diferencias importantes en función del sexo. En nuestra muestra, el 42% de las mujeres convive con hijos pequeños frente al 30% de los hombres en la misma situación. Así pues, las pediatras soportan una mayor carga reproductiva que los hombres, sobre todo en las edades centrales, entre los 40 y 49 años, momento en que un 84% de mujeres convive con hijos pequeños, frente al 73% de los hombres de la misma edad.

Probablemente, la duración de los estudios implique un retraso en el momento de tener hijos en el caso de las mujeres que no afectaría de igual manera a los hombres.

Son pocos (6,7%) los pediatras que conviven con personas discapacitadas o adultos que requieran de una dedicación especial, situación que se incrementa a medida que aumenta la edad de los pediatras, que probablemente atienden a sus padres o suegros.

GRÁFICO 3.3. Pediatras que conviven con personas que requieren cuidados especiales según sexo y según edad



## 3.2. Reparto de tareas domésticas

El tiempo dedicado a las tareas del hogar es un elemento que hay que tener en cuenta a la hora de valorar las cargas de trabajo, en parte porque implican un tiempo de trabajo añadido al horario laboral y, especialmente, por la diferente distribución que tradicionalmente se produce entre los miembros del hogar. En este sentido, acostumbran a ser las mujeres las responsables de realizar estas tareas ampliando su tiempo de trabajo en lo que se denomina la “doble jornada” que puede implicar, además de los factores añadidos de estrés y sobrecarga laboral, un peor desarrollo de la carrera profesional y niveles más bajos de satisfacción.

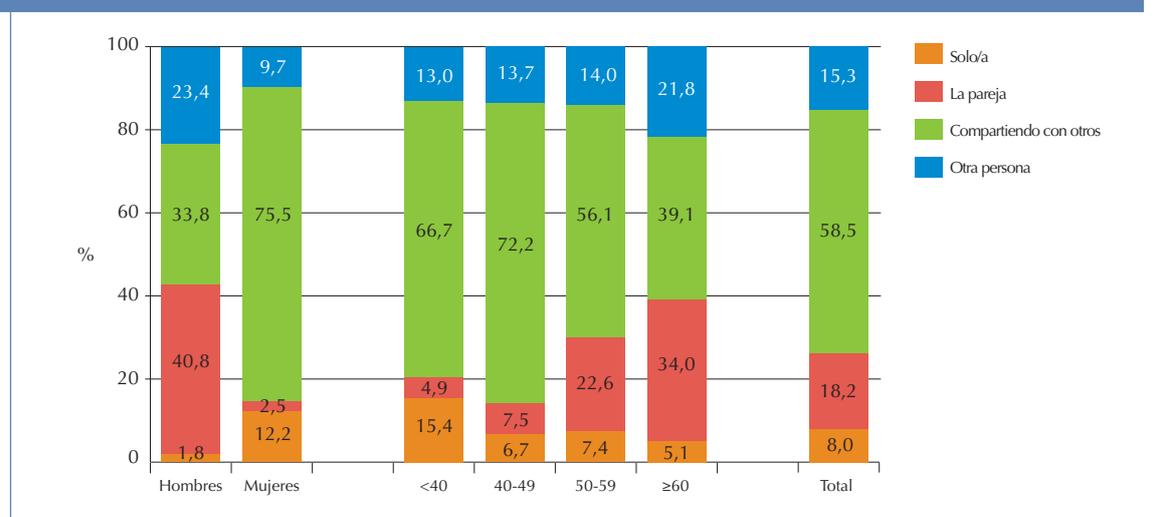
En este estudio se ha incorporado una pregunta sobre quién se ocupa de las principales tareas domésticas como limpiar, cocinar, lavar, planchar, etc. dentro del hogar. Las respuestas obtenidas nos muestran un panorama de desigualdad en función del sexo aunque matizada por una mayor capacidad adquisitiva del colectivo analizado y la posibilidad de contar con ayuda de personas contratadas.

Un poco más de la mitad de los pediatras (58,5%) realiza las tareas domésticas compartiéndolas con otros miembros del hogar. Sólo un 8% las realiza solo y el resto (33,5%) las delega en otras personas.

Sin embargo, el sexo de las personas marca diferencias importantes. Entre los hombres, sólo un 34% comparte el trabajo doméstico, son casi inexistentes los que lo realizan solos (2%) y un 64% lo deja en manos de su pareja (41%) u otra persona (23%).

En el caso de las mujeres, el 75,5% comparte las tareas domésticas con otros miembros del hogar, el 12% las realiza sola y otro 12% las deja en manos de otra persona.

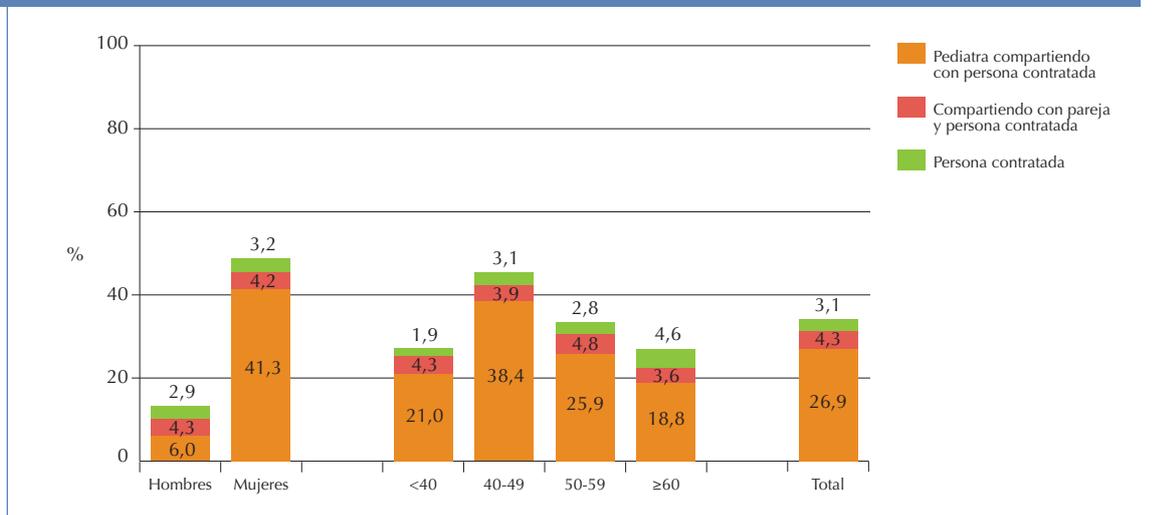
GRÁFICO 3.4. Quién realiza las tareas del hogar según sexo y según edad



Aunque no se ha planteado como pregunta directa, se deduce de los comentarios obtenidos que una parte importante de los profesionales cuenta con la ayuda de una persona contratada para ayudar en las tareas domésticas. Un 35% de ellos menciona esta figura de manera espontánea a pesar de que la pregunta se centraba únicamente en los miembros del hogar. Esta cifra no excluye que haya otros hogares con una persona contratada pero que no haya sido citada. En todo caso, esta figura está muy presente como ayuda familiar.

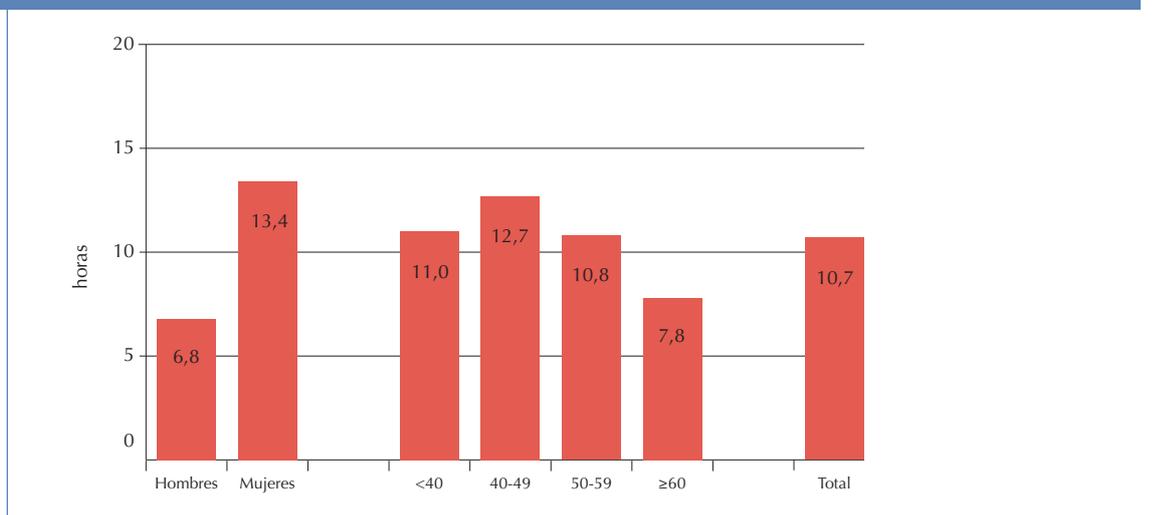
La edad también es un factor importante que influye en las estrategias familiares de reparto de las tareas domésticas. El modelo más igualitario (tareas compartidas con la pareja) está más presente entre los y las pediatras más jóvenes y va desapareciendo conforme aumenta la edad. Las personas con una mayor carga familiar (entre los 40 y 50 años) son las que más las comparten con personas contratadas (40%) y son los hombres de más edad los que las dejan mayoritariamente en manos de sus parejas o de otras personas.

GRÁFICO 3.5. Intervención de una persona contratada en las tareas domésticas del hogar según sexo y según edad



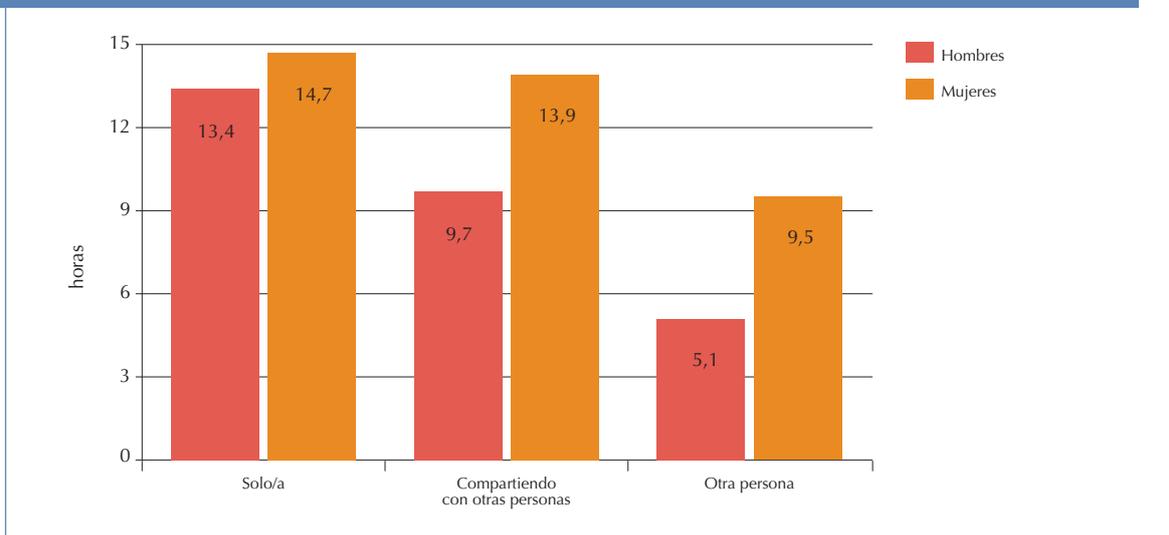
El predominio del modelo igualitario de reparto de tareas domésticas no impide que las mujeres les dediquen el doble de tiempo que los hombres. El promedio de horas semanales dedicadas a tareas domésticas es de 6,8 por parte de los hombres frente a las 13,4 que dedican las mujeres.

GRÁFICO 3.6. Número promedio de horas de trabajo doméstico realizado por los pediatras según sexo y según edad



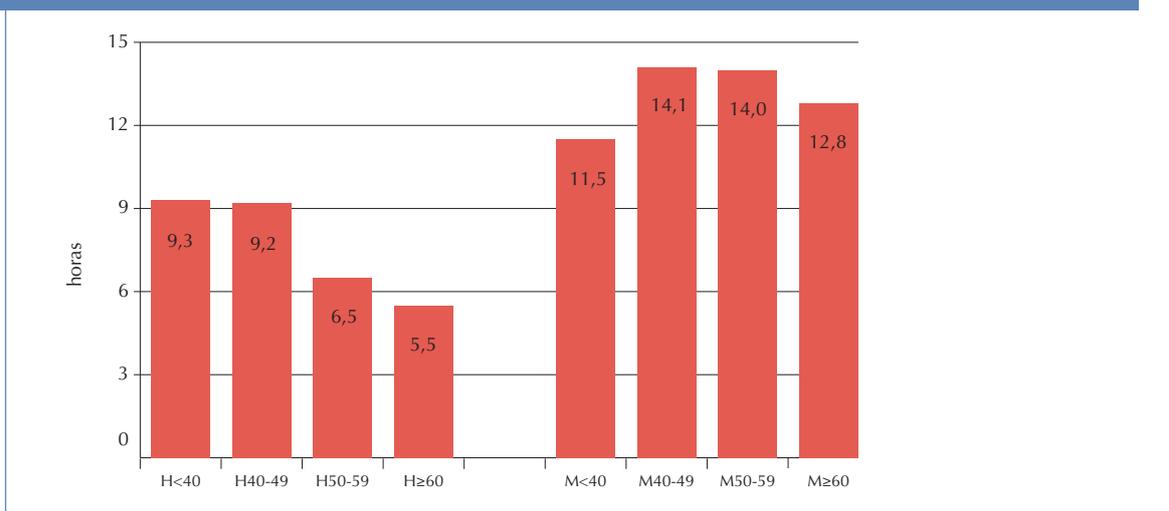
Sea cual sea la estrategia familiar de reparto de tareas, las mujeres siempre les dedican más horas. Por ejemplo, los hombres que comparten tareas domésticas les dedican una media de 9,7 horas semanales, mientras que las mujeres en la misma situación realizan 13,9.

GRÁFICO 3.7. Número promedio de horas de trabajo doméstico realizado según sexo y persona encargada de las tareas del hogar



Esta diferencia varía en función de los grupos de edad pero en todos los casos el tiempo dedicado a las tareas domésticas es superior por parte de las mujeres. Sin embargo, la diferencia entre los menores de 40 años es de sólo 2 horas mientras que se va incrementando con la edad hasta llegar a los mayores de 50 años, momento en que las mujeres dedican a las tareas domésticas una media de 7,5 horas más por semana que los hombres.

GRÁFICO 3.8. Número promedio de horas de trabajo doméstico realizado por los pediatras según sexo y edad



Aunque volveremos sobre este tema cuando analicemos el tiempo de trabajo de los pediatras, el trabajo doméstico incrementa de manera significativa la jornada laboral sobre todo en el caso de las mujeres.

### 3.3. Nivel de satisfacción personal y familiar

Se detecta entre los pediatras un nivel de satisfacción muy elevado con su entorno familiar y social. Alrededor de un 90% manifiesta estar satisfecho o muy satisfecho con su relación de pareja, con su entorno familiar y con su círculo de amistades. No hay diferencias significativas en función del sexo y, aunque se aprecia una mayor satisfacción en la relación con amigos a medida que aumenta la edad, no se trata de diferencias significativas estadísticamente.

GRÁFICO 3.9. Pediatras satisfechos con diversos aspectos de su vida personal según sexo

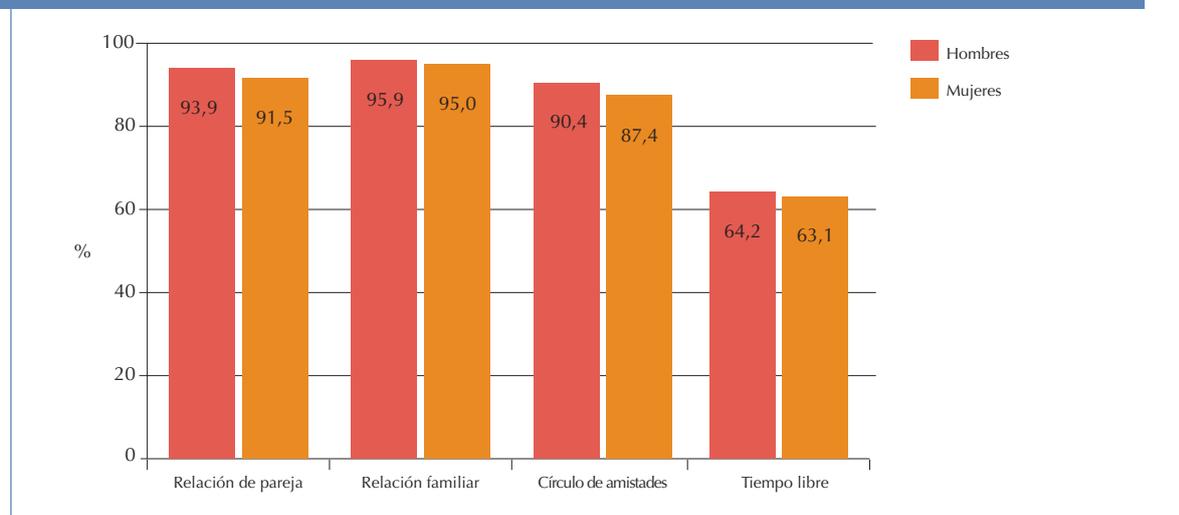
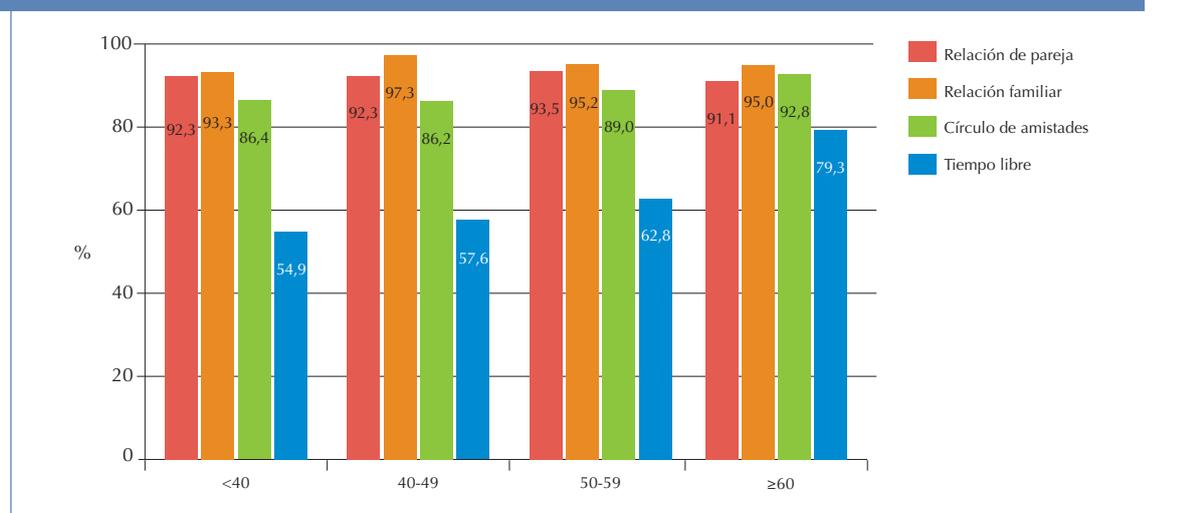


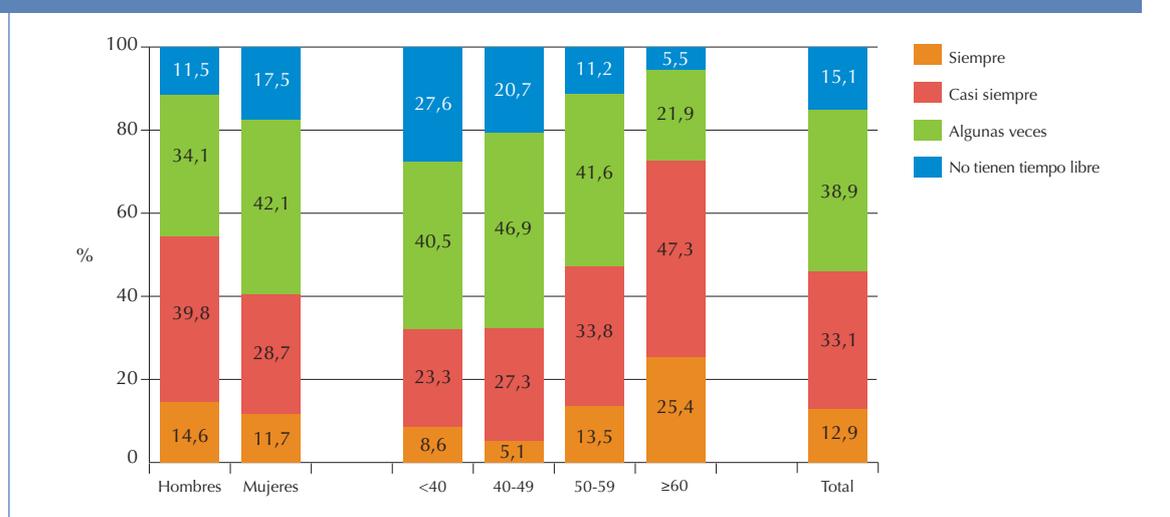
GRÁFICO 3.10. Pediatras satisfechos con diversos aspectos de su vida personal según edad



La disponibilidad de tiempo libre también es valorada de manera positiva por los profesionales pero en menor medida. Un 63,5% está satisfecho con el tiempo libre del que dispone pero a la pregunta de si disponen de tiempo suficiente para dedicarlo a sus intereses personales o a descansar, sólo un 46% opina que sí.

En este aspecto, las diferencias en función del sexo y de la edad son significativas. Un 54% de los hombres cree que tiene suficiente tiempo para descansar o dedicarlo a sus aficiones, frente al 40% de las mujeres.

GRÁFICO 3.11. Disponibilidad de tiempo libre para descansar según sexo y según edad



Por edades, se puede observar claramente cómo la disponibilidad de tiempo personal se incrementa a medida que se cumplen años. Una mayor consolidación profesional y un descenso de las cargas familiares propician probablemente esta evolución del tiempo disponible.

## 4. La situación laboral y el ejercicio profesional

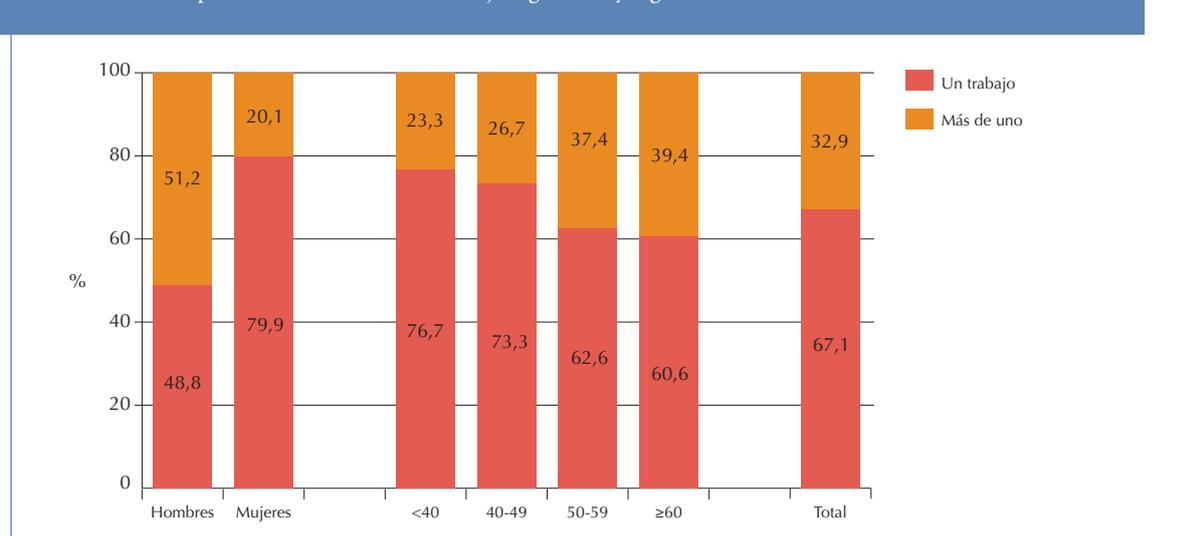
En este apartado presentamos los resultados sobre la situación laboral y las condiciones de trabajo de los pediatras. Cuántos trabajos tienen, sector de actividad, centro de trabajo, tipo de contrato, horarios y jornada laboral, entre otros aspectos que configuran su entorno laboral, así como el grado de satisfacción que éste les procura.

### 4.1. Número de trabajos y sector de actividad

A diferencia de otras profesiones, los profesionales de la medicina pueden tener más de un puesto de trabajo, combinando la práctica clínica en un centro sanitario o una consulta con otras actividades en el ámbito sanitario o docente. En el caso del colectivo analizado, si bien predominan los profesionales que sólo tienen un puesto de trabajo (67%), la cifra de los que combinan más de un puesto de trabajo es importante ya que representan a una tercera parte del colectivo.

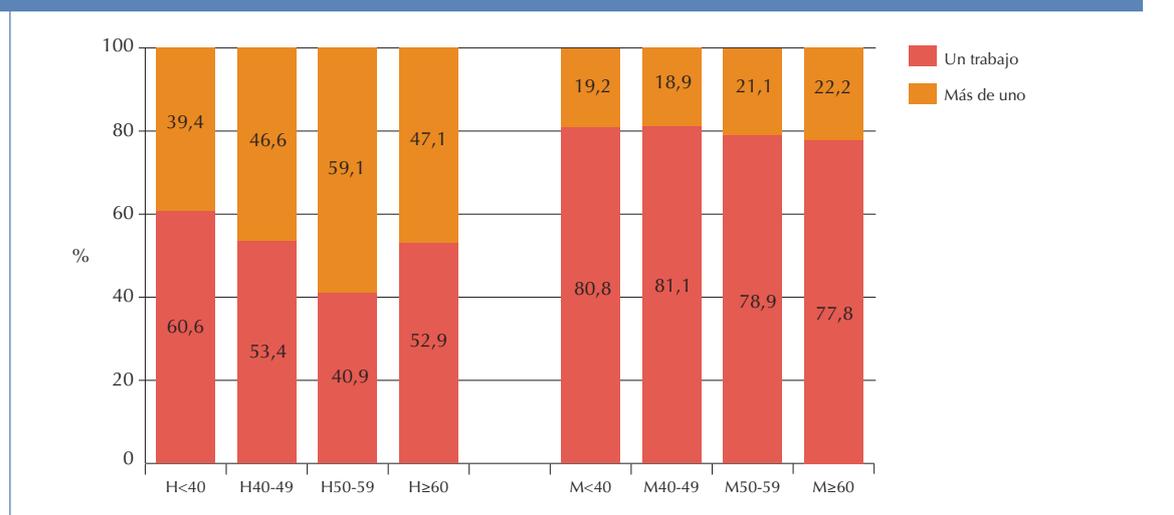
Son relevantes las diferencias que presenta el comportamiento de los pediatras en función del sexo y de la edad. La mitad de los hombres cuenta con más de un puesto de trabajo frente a sólo un 20% de las mujeres. Por edades, hay una mayor proporción de pediatras con más un puesto de trabajo a medida que se hacen mayores.

GRÁFICO 4.1. Disponibilidad de más de un trabajo según sexo y según edad



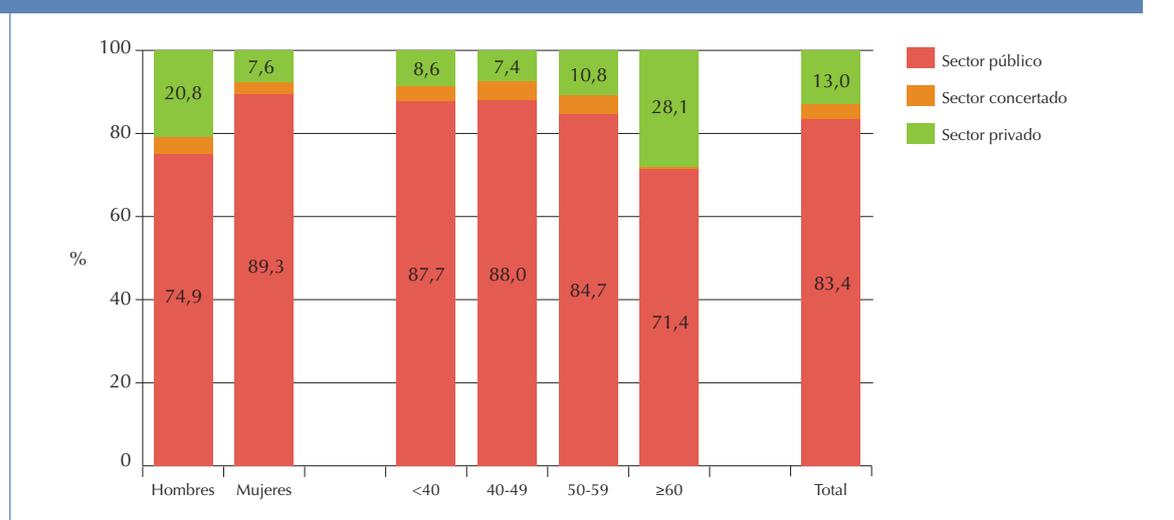
El porcentaje de mujeres con más de un trabajo se mantiene constante en todos los grupos de edad. En cambio, entre los hombres hay una cierta tendencia a tener más de un trabajo a medida que aumenta la edad de manera que entre los 40 y 59 años un 60% tiene más de un trabajo.

GRÁFICO 4.2. Disponibilidad de más de un trabajo según sexo y según edad



La gran mayoría de pediatras (83%) desarrolla su actividad profesional principal en el sector público y sólo un 13% trabaja en el sector privado. Casi un 4% trabaja en el sector concertado, propio de algunas comunidades autónomas.

GRÁFICO 4.3. Sector de actividad del trabajo principal según sexo y según edad

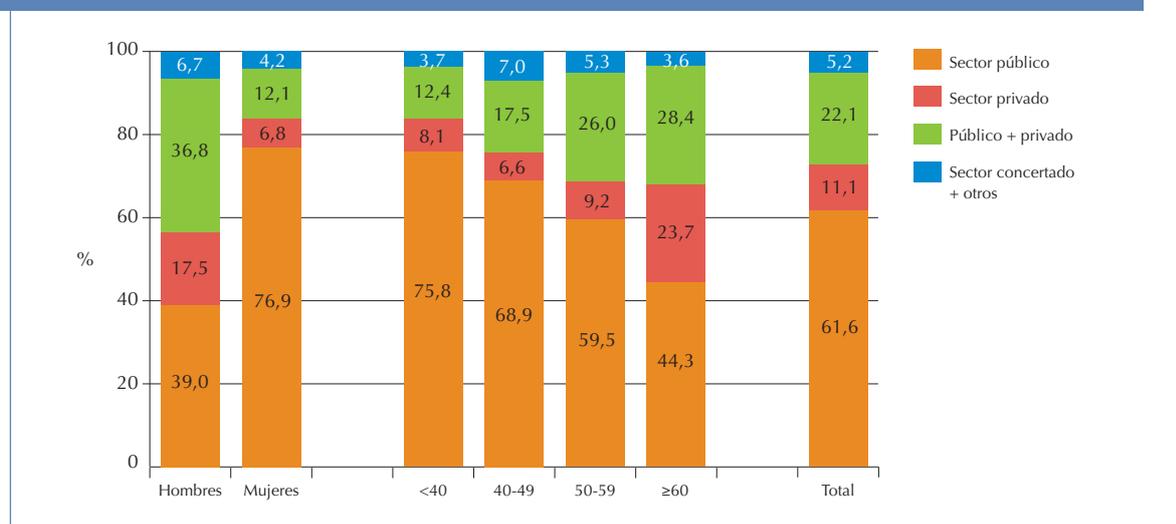


Las mujeres trabajan mayoritariamente en el sector público y tienen una presencia muy reducida en el sector privado o concertado (11%). En cambio, en estos sectores trabajan una cuarta parte de los hombres.

Hay que decir que los pediatras de la muestra que ejercen en la medicina privada pertenecen a las franjas de edad más avanzadas. Representan un 28% de los pediatras mayores de 60 años y su media de edad es de 56,4 años (frente a los 50 años de media en el sector público).

Considerando a los pediatras que tienen más de un trabajo aparecen todo tipo de combinaciones de sector pero son todas muy minoritarias. La combinación que prevalece es el trabajo principal en el sector público con un trabajo complementario en el sector privado: el 22% del total de pediatras presentan esta doble dedicación.

GRÁFICO 4.4. Sector de actividad combinado (uno o más trabajos) según sexo y según edad



Los pediatras que combinan trabajos en el sector público y en el privado, al igual que los que trabajan en el sector privado, están mucho más representados en los hombres (36,8%) y en las franjas de edad más altas: si entre los menores de 40 años hay un 12%, entre los mayores de 50 años son alrededor de una cuarta parte. La media de edad de los pediatras que trabajan en el sector público y privado es de 53 años.

## 4.2. Centro de trabajo, antigüedad, situación contractual y cargo de mando

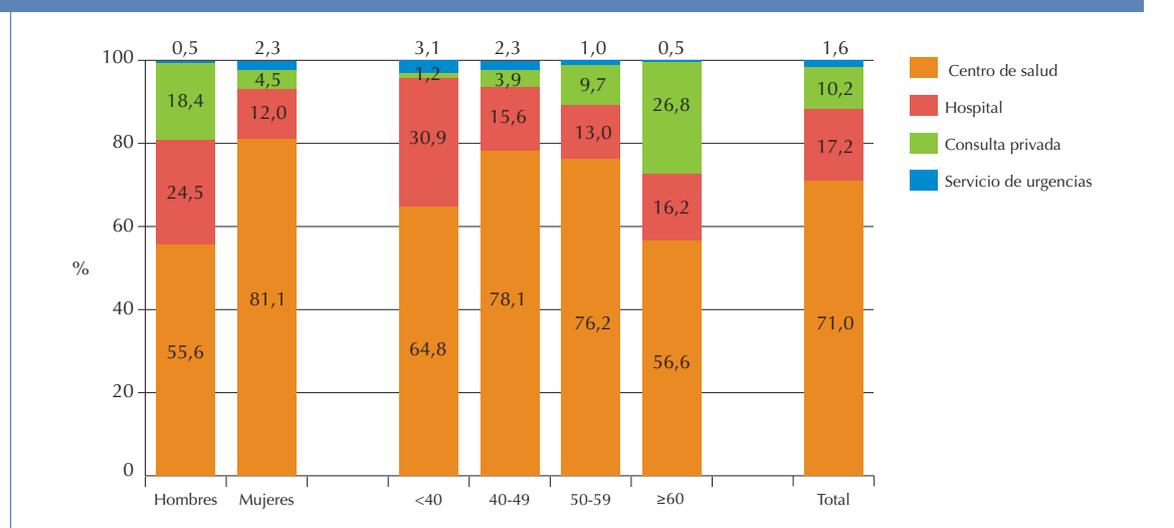
La mayoría de los pediatras (71%) desarrolla su trabajo principal en un centro de atención primaria. Un 17% trabaja en un hospital y el 10% ejerce desde una consulta privada. Sólo un 1,6% trabaja en un servicio de urgencias.

El lugar de trabajo principal presenta fuertes variaciones en función del sexo. El 81% de las mujeres trabaja en centros de atención primaria y el 12% en un hospital. Así pues, su presencia en consultas privadas u otros tipos de centro es muy minoritaria.

Los hombres, en cambio, se reparten entre todos los tipos de centro de trabajo considerados. Un poco más de la mitad trabaja en centros de atención primaria, una cuarta parte en hospitales y un 20% en consultas privadas.

Como se ha dicho anteriormente, los pediatras de más edad ejercen en mayor proporción en consultas privadas.

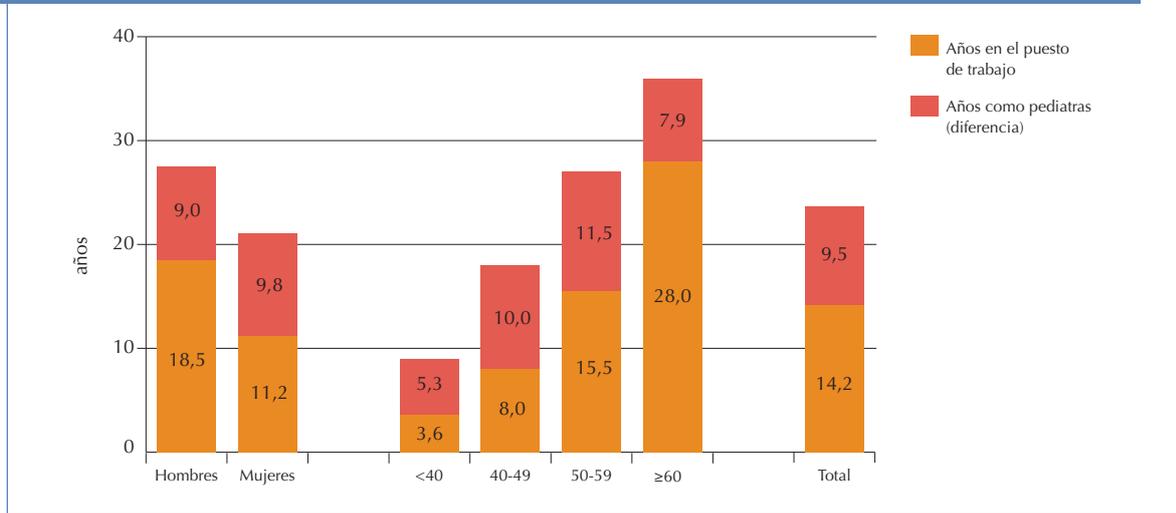
GRÁFICO 4.5. Centro de trabajo de los pediatras según sexo y según edad



La antigüedad media de los pediatras en el puesto de trabajo principal actual es de 14 años y el tiempo medio que llevan ejerciendo su profesión es de 23,6 años, hay, por tanto, una diferencia entre el tiempo de ejercicio y la incorporación a su puesto actual de casi 10 años.

Lógicamente, estos datos están en relación con la edad de los profesionales. También hay diferencias por sexo, aunque éstas responden a la diferente estructura de edad de hombres y mujeres. Ellos tienen una antigüedad media de 18,5 años en su puesto de trabajo actual y de 27,5 como pediatras; en ellas la antigüedad es de 11,2 y 21 años, respectivamente.

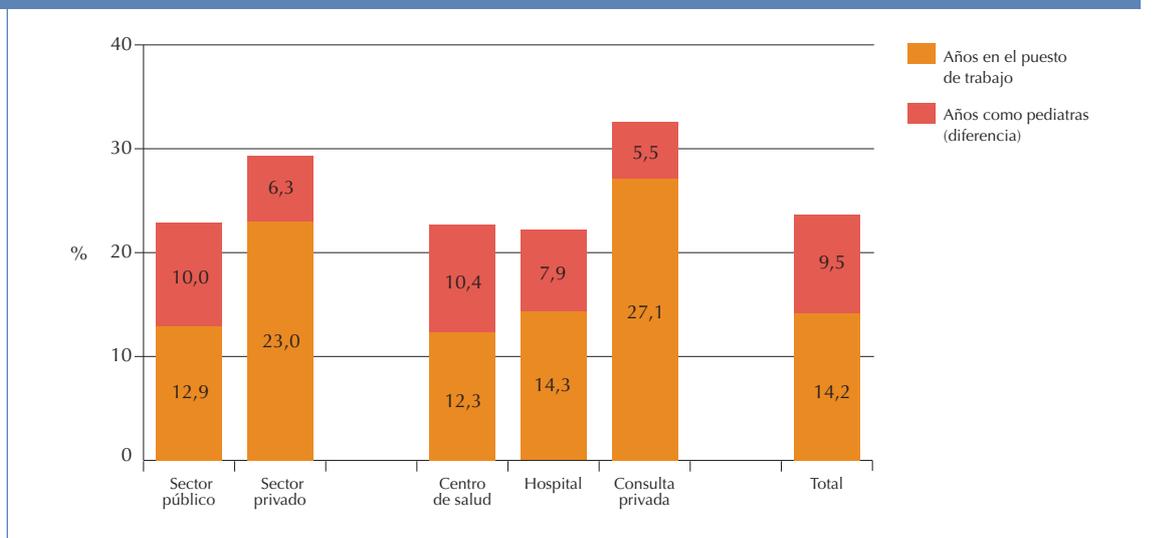
GRÁFICO 4.6. Antigüedad media en el puesto de trabajo y diferencia con el tiempo que llevan ejerciendo como pediatras según sexo y según edad



Los pediatras de los grupos de edad centrales (40 a 59 años) son los que presentan una mayor movilidad laboral si atendemos a la diferencia existente entre los años que llevan ejerciendo como pediatras y la antigüedad en su puesto de trabajo actual.

El sector privado que, como hemos visto, presenta un mayor porcentaje de profesionales en las franjas de edad más elevadas, es el que cuenta con pediatras con mayor antigüedad en el puesto de trabajo actual y también con una menor diferencia entre el momento en que empiezan a ejercer y el momento en que se incorporan a su actual puesto de trabajo principal.

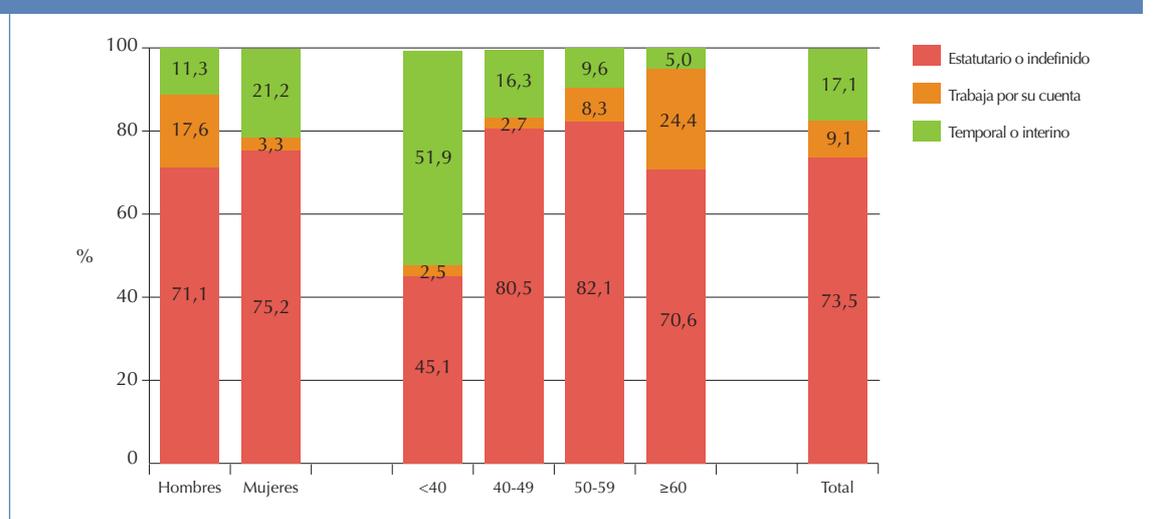
GRÁFICO 4.7. Antigüedad media en el puesto de trabajo y diferencia con el tiempo que llevan ejerciendo como pediatras según sector de actividad y según centro de trabajo



Si consideramos la situación contractual, tres cuartas partes de los pediatras son estatutarios o trabajadores con contrato indefinido, un 9% trabaja por su cuenta y un 17% tiene contratos temporales o interinos.

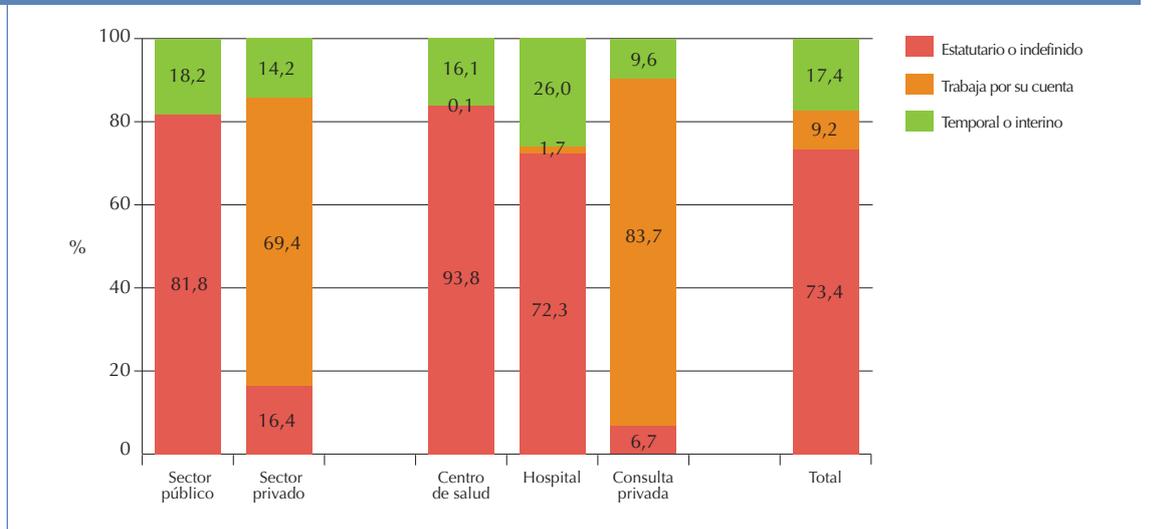
Las diferencias según sexo y edad van en la línea de lo comentado hasta ahora. Prácticamente todas las mujeres son asalariadas, de las que un 21% son interinas o tienen contratos temporales, situación que afecta a aproximadamente la mitad de las menores de 40 años. Los hombres presentan un menor nivel de precariedad laboral, en parte porque su media de edad es superior a la femenina, lo que favorece la estabilidad en el empleo, y en parte porque hay más trabajadores por cuenta propia.

GRÁFICO 4.8. Tipo de contrato en el trabajo principal según sexo y según edad



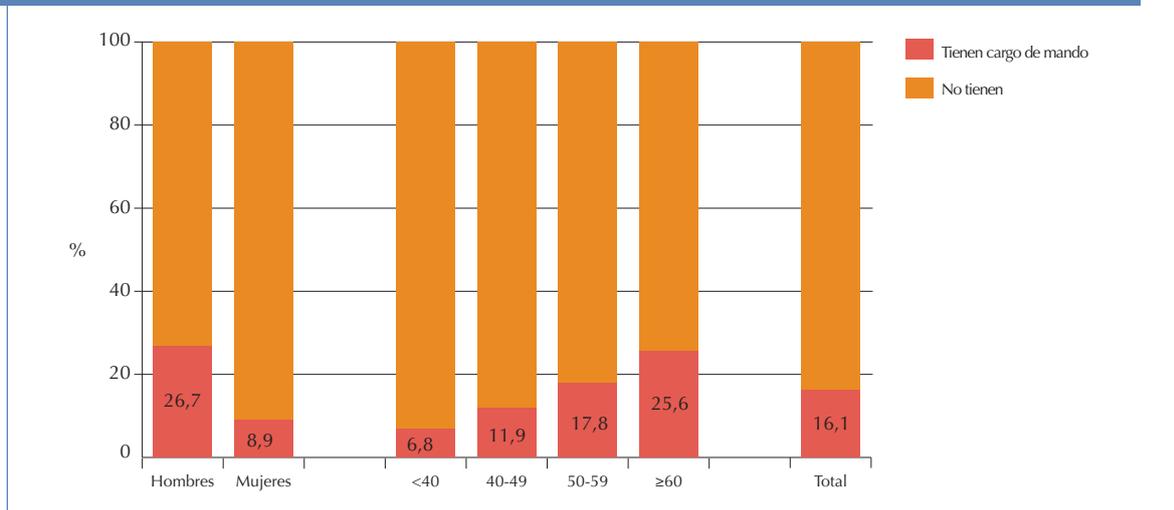
La temporalidad en el sector público es del 18%, aunque en gran medida por la vía del interinaje. Una tercera parte de los pediatras que trabajan en el sector privado son asalariados, que se reparten mitad y mitad entre fijos y temporales. La distribución de los pediatras según su relación contractual en el sector privado es difícilmente extrapolable a la realidad debido a los pocos efectivos con que cuenta la muestra.

GRÁFICO 4.9. Tipo de contrato en el trabajo principal según sector y según centro de trabajo



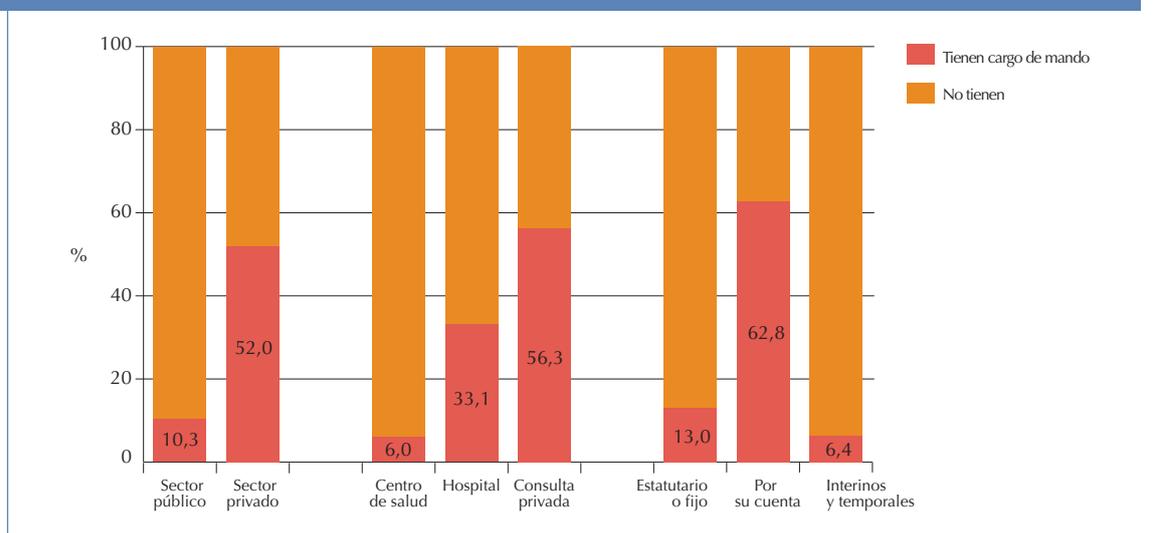
Un 16% de los pediatras tiene cargo de mando, situación en la que se encuentran más los hombres (27%) que las mujeres (9%). También la edad está relacionada con este hecho: conforme ésta avanza, hay más posibilidades de que los pediatras tengan personas a su cargo.

GRÁFICO 4.10. Pediatras con cargo de mando según sexo y según edad



Por otra parte, los pediatras con cargo de mando trabajan en mayor medida en el sector privado (un 52% tiene cargo de mando) que en el público (10%), lo que hace pensar que se trata de profesionales que trabajan por cuenta propia con trabajadores a su cargo. Efectivamente, si consideramos el porcentaje de profesionales que tiene cargo de mando según el tipo de contrato o el centro en que trabajan, se puede observar claramente que éstos son trabajadores por cuenta propia (63% tiene cargo de mando) o pediatras de hospital (33%). Entre los pediatras que trabajan en un centro de atención primaria, sólo un 6% tiene cargo de mando.

GRÁFICO 4.11. Pediatras con cargo de mando según sector de actividad, según centro de trabajo y según tipo de contrato



### 4.3. Carga horaria (tipo de horario, guardias y horas trabajadas)

El tipo de jornada laboral de los pediatras es muy variada. Aproximadamente la mitad trabaja de mañana en jornada continua. Un 13% trabaja con jornada partida, mañana y tarde, y otro 14% tiene horarios deslizantes, en los que trabajan tres o cuatro días por la mañana y como mínimo una tarde a la semana. Otro grupo de profesionales hace jornadas continuas en horarios de tarde (9%) o trabaja por turnos (8%).

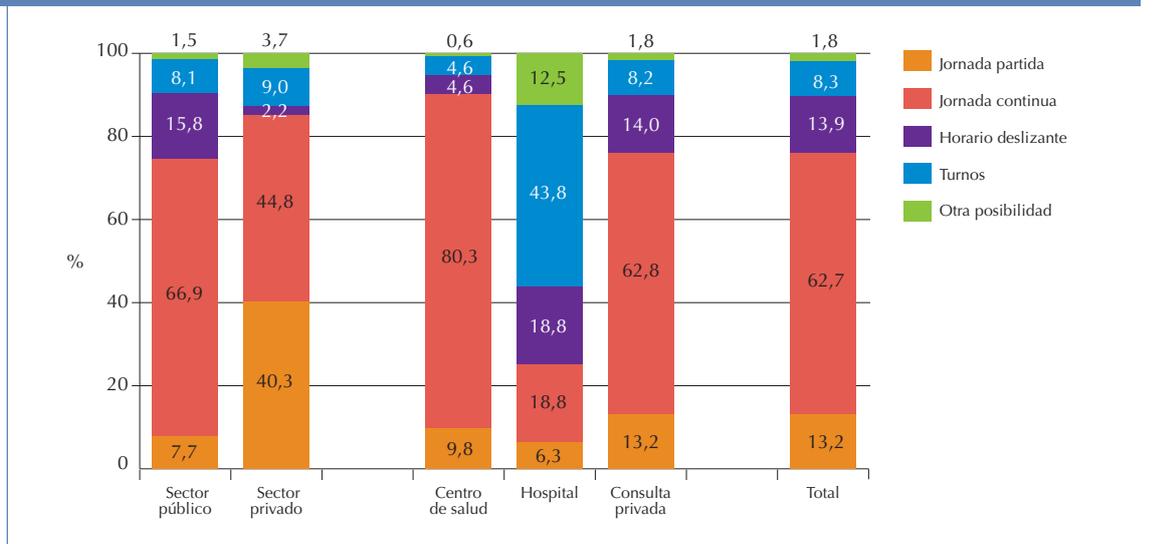
El resto, muy minoritarios, tiene horarios nocturnos, trabajan con jornada parcial o por horas o hace jornadas continuas que incluyen parte de la mañana y de la tarde (de 11h00 a 19h00, por ejemplo).

TABLA 4.1. Tipo de jornada de los pediatras según sexo (%)

	Hombres	Mujeres	Total
Jornada partida (mañana y tarde)	17,7	10,1	13,2
Jornada continua por la mañana	53,8	51,0	52,1
Jornada continua por la tarde	11,7	7,8	9,4
Jornada continua por la noche	0,2	0,0	0,1
Jornada continua mañana y tarde	0,7	1,3	1,1
Horario deslizante	7,7	18,2	13,9
Turnos	6,9	9,2	8,3
Jornadas reducidas, días concretos, sólo guardias	1,0	1,5	1,3
Otra posibilidad	0,2	1,0	0,7
Total	100,0	100,0	100,0

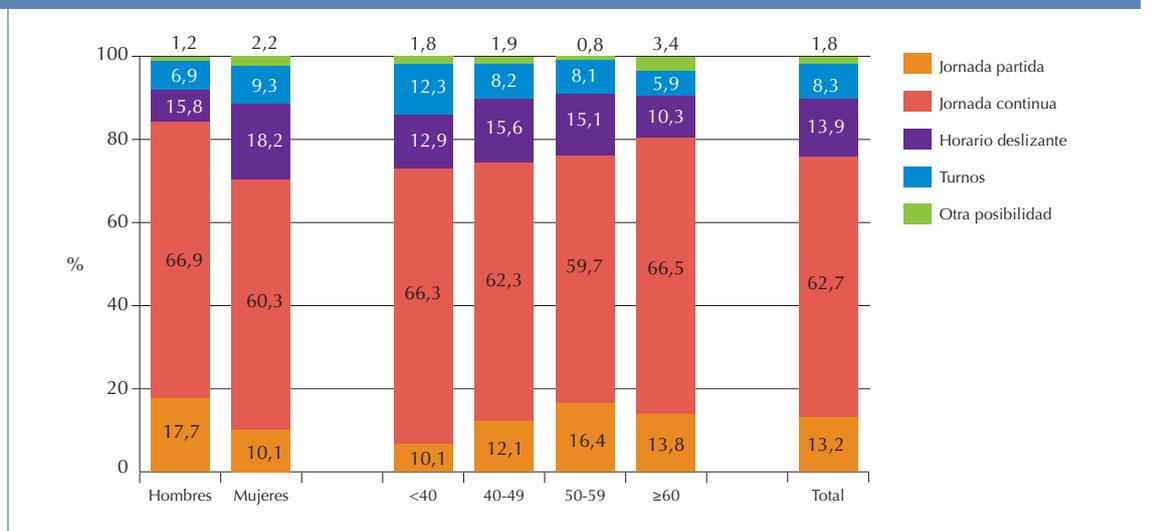
Esta diversidad de horarios y tipos de jornada se produce tanto en el sector privado como en el público, aunque en cada uno de ellos prevalecen situaciones distintas. En el sector público predominan los pediatras que trabajan en jornadas continuas de mañana (67%) o en horarios deslizantes (16%). En el sector privado, en cambio, se distribuyen, aproximadamente mitad y mitad, los profesionales que trabajan con jornada continua de mañana (40%) o con jornada partida de mañana y tarde (45%).

GRÁFICO 4.12. Tipo de jornada según sector y según centro de trabajo



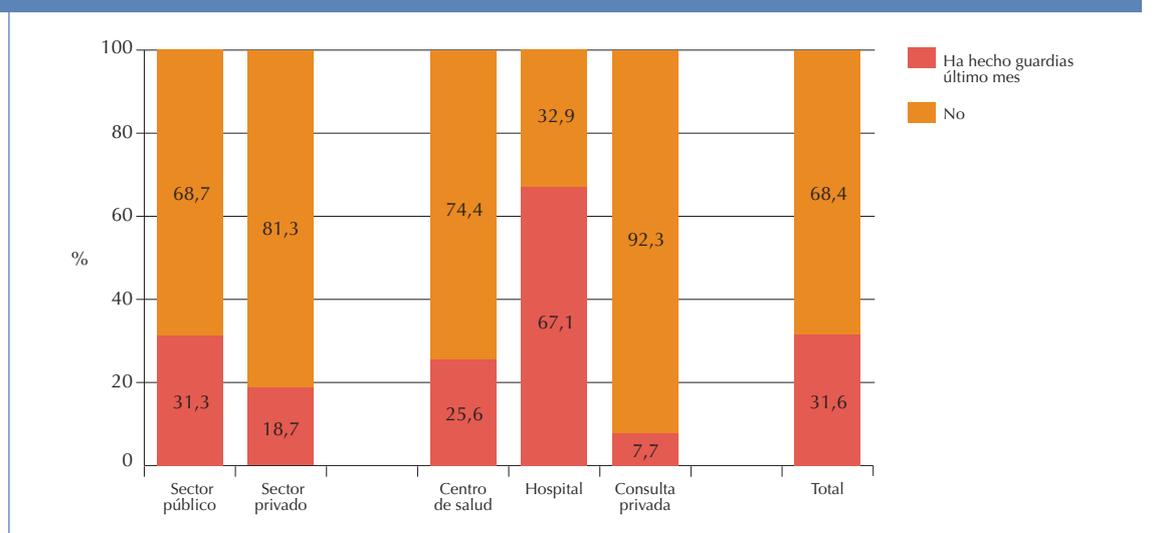
Por la dispersión de la muestra, es difícil establecer diferencias por edad pero, por sexos, son las mujeres las que padecen en mayor medida horarios poco convencionales (deslizantes, turnos, jornadas continuas que incluyen la mañana y la tarde, etc.). Una tercera parte de las mujeres tiene horarios de este tipo, con la dificultad que ello supone de cara a la conciliación familiar.

GRÁFICO 4.13. Tipo de jornada según sexo y según edad



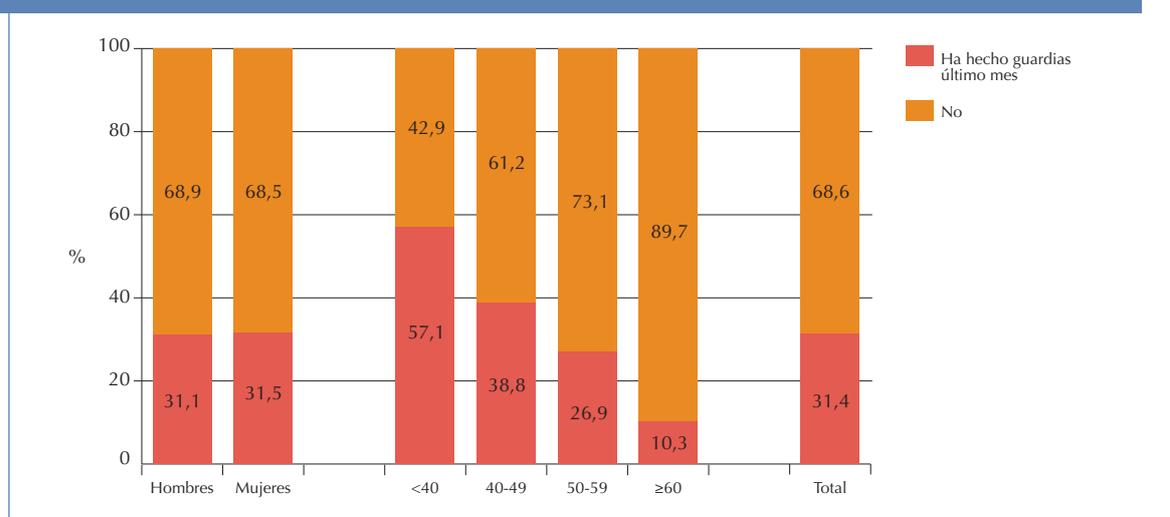
Una tercera parte de los pediatras ha realizado guardias durante el mes anterior a la encuesta. La realización de guardias es más habitual entre los pediatras que trabajan en un hospital o en un servicio de emergencias pero también son realizadas por una cuarta parte de los médicos de primaria. Entre los médicos que trabajan en una consulta privada son minoritarios (8%) los que hacen guardias.

GRÁFICO 4.14. Realización de guardias durante el último mes según sector de actividad y según centro de trabajo



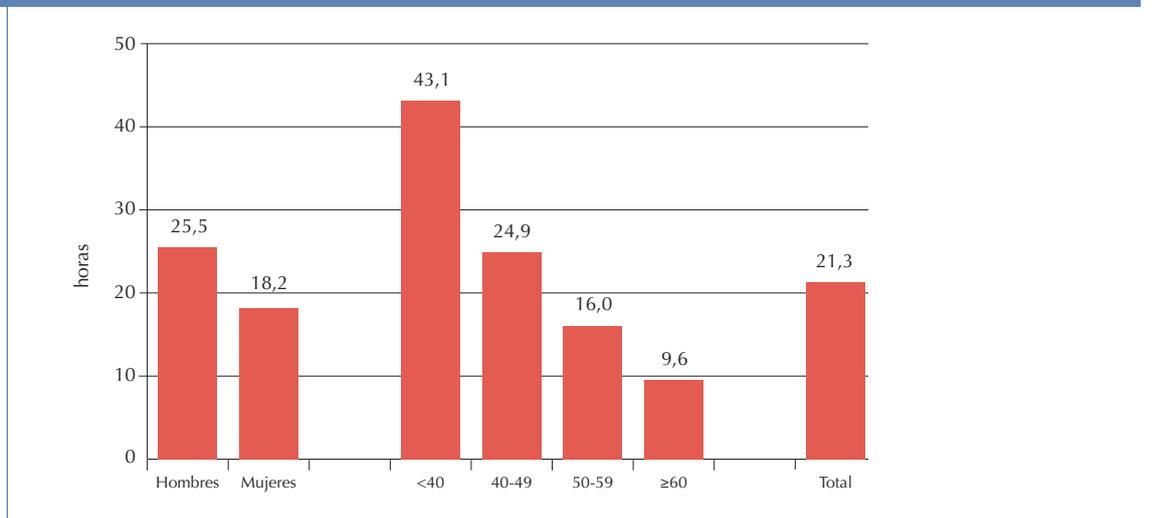
No hay diferencias por sexos pero el porcentaje de profesionales que realizan guardias disminuye considerablemente con la edad: de un 57% entre los más jóvenes al 10% de los mayores de 60 años.

GRÁFICO 4.15. Realización de guardias durante el último mes según sexo y según edad



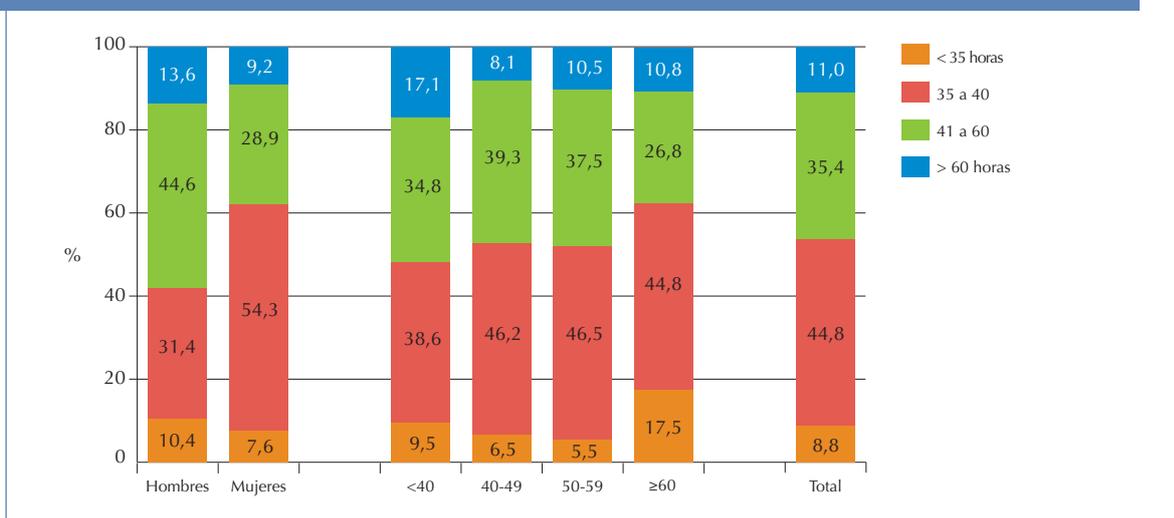
Las horas dedicadas a las guardias son, de promedio, 21 horas durante el mes anterior a la encuesta. Los menores de 40 años han hecho una media de 43 horas mensuales y los mayores de 60, 10 horas de media al mes. Las mujeres dedican a las guardias un poco menos de tiempo que los hombres (18 y 26 horas de media, respectivamente).

GRÁFICO 4.16. Número medio de horas mensuales de guardias según sexo y según edad



Los pediatras realizan una media de 45 horas de trabajo semanales, los hombres casi 48 y las mujeres, un poco menos, 43. Casi dos de cada tres pediatras hombres (68%) trabajan más de 40 horas a la semana, de los que un 13,6% trabaja más de 60 horas. En el caso de las mujeres, son un 38% y un 9%, respectivamente.

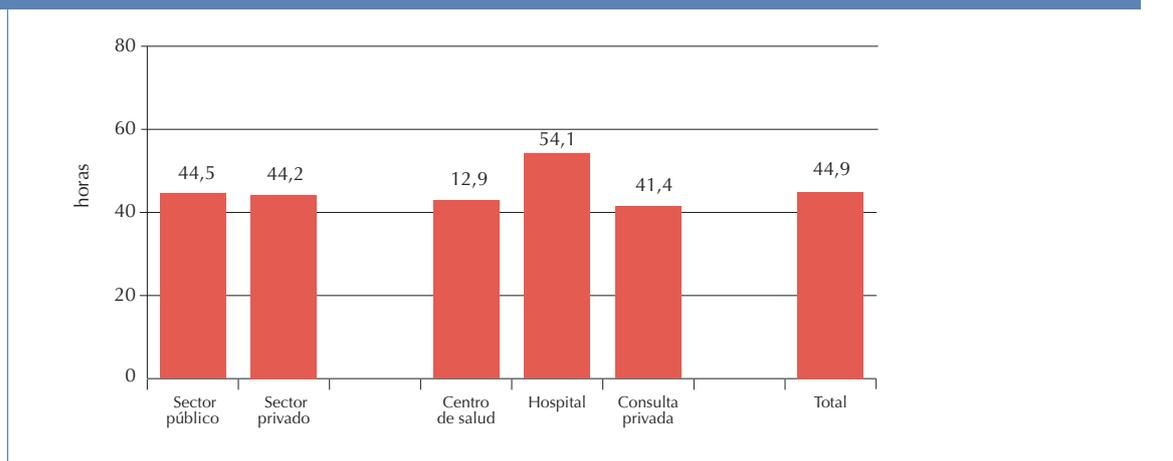
GRÁFICO 4.17. Número de horas trabajadas durante la última semana según sexo y según edad



Los profesionales que tienen jornadas más largas son los que trabajan en hospitales y, aunque son pocos efectivos y, por tanto, son datos con baja significación estadística, los que trabajan en servicios de emergencia. Los pediatras de centros de atención primaria tienen horarios más pautados alrededor de las 37,5 horas por semana (56%) pero también es importante destacar que una tercera parte trabaja entre 40 y 60 horas a la semana. El número de horas trabajadas de promedio por estos profesionales es de 43 horas.

Los trabajadores en consultas privadas tienen jornadas de trabajo muy variables por lo que es difícil sacar conclusiones fiables. Como promedio trabajan 41 horas semanales y, aunque igualmente superan las 40 horas, constituyen el colectivo de pediatras que menos horas trabajan de promedio.

GRÁFICO 4.18. Número promedio de horas de trabajo semanal realizadas según sector y centro de trabajo



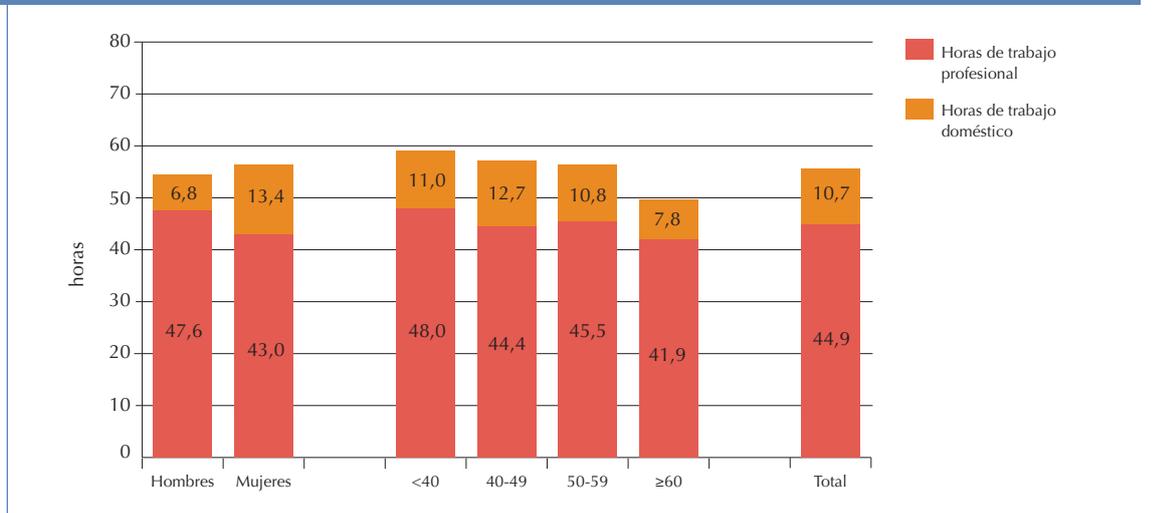
Tanto en el sector público como en el privado, los pediatras hacen una media de horas de trabajo semanal (45) similar. Sólo a modo de hipótesis a confirmar con otros estudios, ya que su presencia en la muestra es muy reducida, son los pediatras que trabajan en el sector concertado los que tienen unas jornadas más largas, con un promedio de 52 horas semanales.

Por centro de trabajo, se confirman los datos apuntados anteriormente. Trabajan más horas de media los pediatras que trabajan en un hospital o un centro de emergencias y menos los que trabajan en una consulta privada.

Por último, los pediatras que realizan más de un trabajo trabajan unas 10 horas más que el resto, 52 horas semanales y 41,3, respectivamente.

Como hemos apuntado anteriormente, a esta jornada laboral hay que añadir las horas dedicadas a las tareas domésticas. Considerando ambas, los pediatras realizan jornadas promedio de 55,7 horas semanales, un poco más las mujeres (56,4 horas) que los hombres (54,5). Son los más jóvenes los que presentan unas jornadas más largas (59,3 horas de media) tanto las laborales (48) como las domésticas (11). En el lado opuesto, los mayores de 60 años tienen las jornadas más cortas (49,9 horas), tanto en su trabajo (41,9) como en casa (7,8).

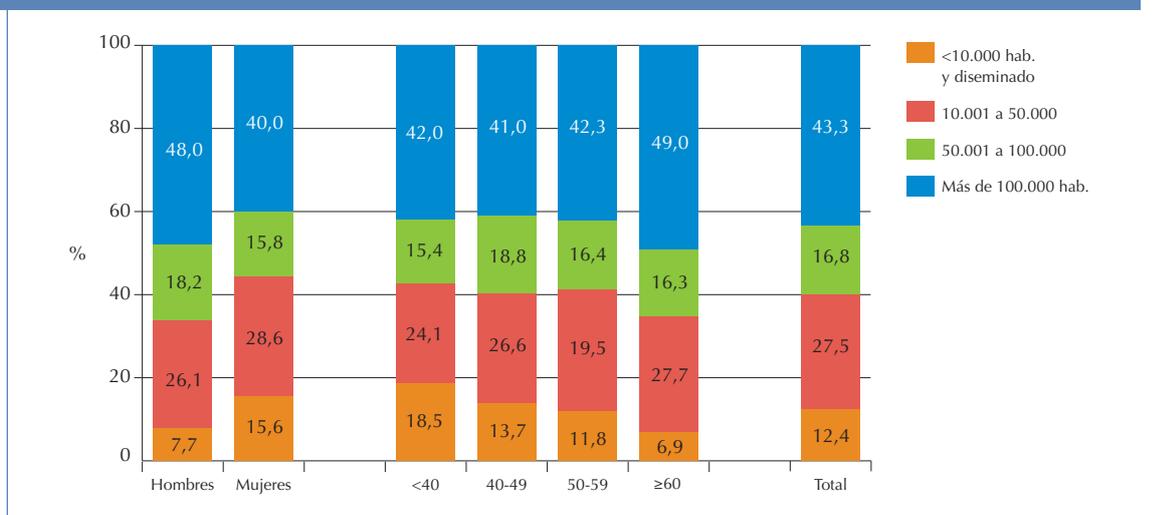
GRÁFICO 4.19. Número medio de horas de trabajo semanal según sexo y según edad



#### 4.4. Aproximación al entorno y características de los pacientes

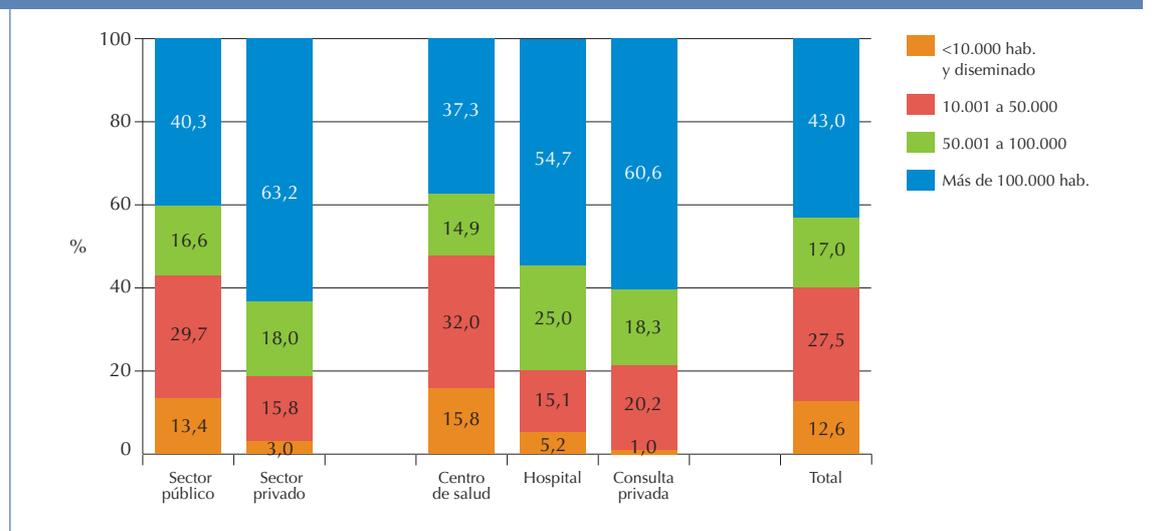
La muestra de pediatras que han contestado la encuesta está distribuida, como hemos dicho, por todas las comunidades autónomas y, de la misma manera, ejercen en hábitats muy diversos. La mayoría trabaja en zonas urbanas y en ciudades grandes y sólo un 12% trabaja en municipios de menos de 10.000 habitantes, de los que un 3% como mínimo pueden considerarse médicos rurales en la medida en que ejercen su profesión en diversos pueblos de manera itinerante. Por su baja presencia en la muestra, no podemos analizar este colectivo, que acostumbra a tener una problemática muy específica.

GRÁFICO 4.20. Tamaño del municipio en el que trabajan los pediatras según sexo y según edad



El tamaño del municipio en que ejercen los pediatras no marca diferencias importantes según el sexo y la edad. En todo caso, las que se observan derivan de las diferencias existentes en función del sector de actividad en que trabajan. Los pediatras del sector público, aunque predominan en municipios grandes, están más repartidos entre municipios de tamaño medio y pequeño. Los que trabajan en el sector privado están ligeramente más concentrados en ciudades grandes, de más de 100.000 habitantes.

GRÁFICO 4.21. Tamaño del municipio en el que trabajan los pediatras según sector de actividad y según centro de trabajo

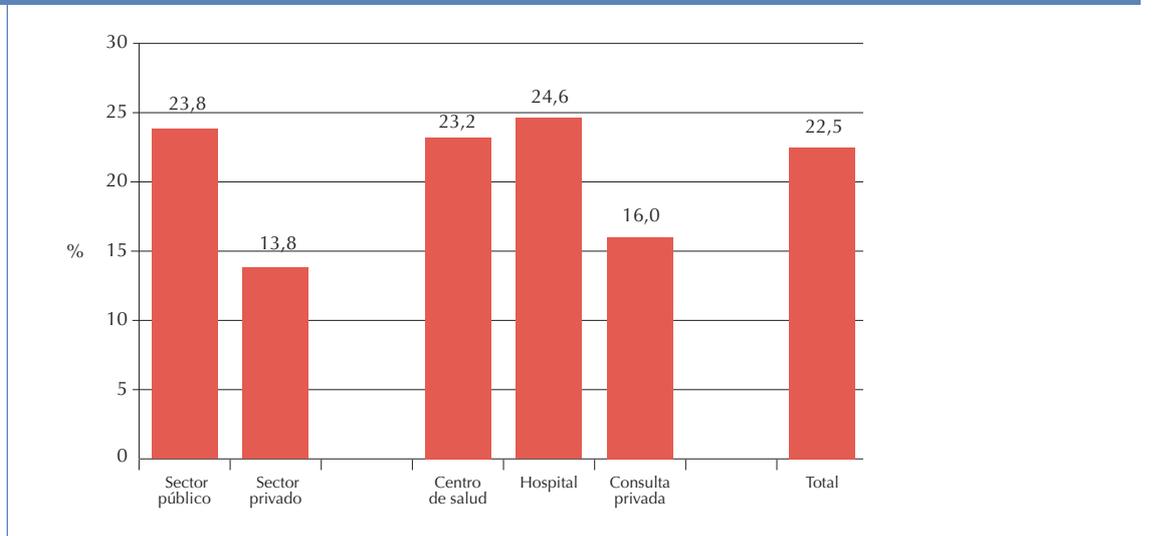


Se les ha preguntado a los pediatras sobre algunas características de sus pacientes que, en el contexto actual, pueden suponer una complejidad añadida a su trabajo y que se relacionan con los problemas económicos que puedan sufrir las familias (con la consiguiente repercusión en sus hábitos de vida y su salud) y la presencia de familias procedentes de otros países.

Aproximadamente, una cuarta parte de los pediatras tiene más del 25% de sus pacientes procedentes de otros países y/o con situaciones económicas graves.

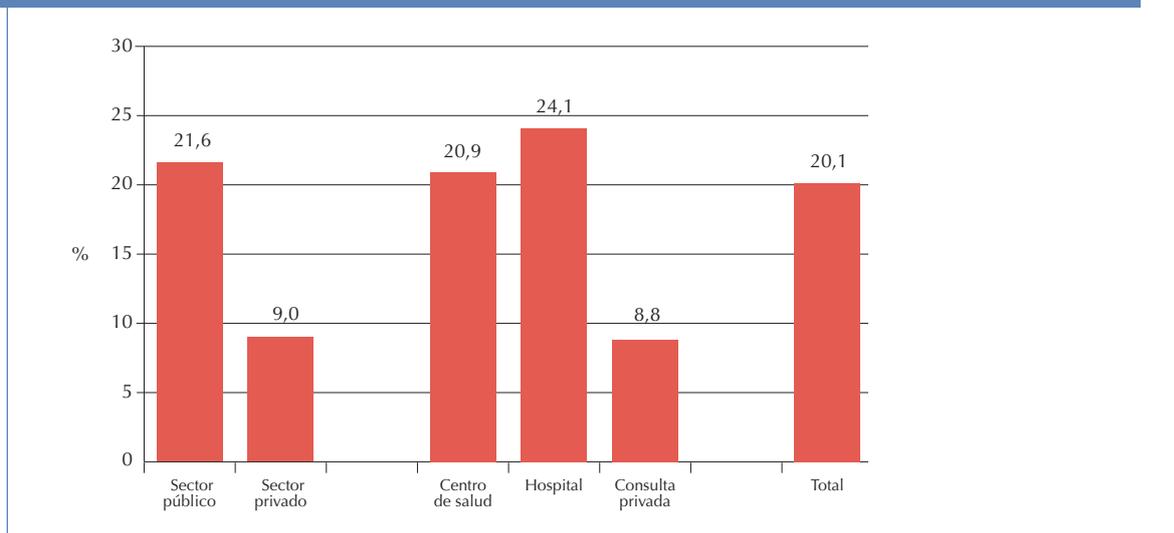
El porcentaje medio de pacientes con problemas económicos graves es del 22,5% y los pacientes procedentes de otros países constituyen una media del 20% del total de pacientes de los pediatras.

GRÁFICO 4.22. Porcentaje medio de pacientes con situación económica grave según sector y según centro de trabajo



Tanto los profesionales del sector privado como del público cuentan con pacientes de ambas características pero varía su porcentaje. Los pediatras del sector público cuentan con una media del 23,8% de pacientes con problemas económicos graves mientras que en el sector privado, este porcentaje se reduce a un promedio del 13,8%.

GRÁFICO 4.23. Porcentaje medio de pacientes procedentes de otros países según sector y según centro de trabajo



En lo que respecta a pacientes de familias procedentes de otros países, en el sector público, los pediatras atienden a una media de un 21,6% frente a una media del 9% que consulta en el sector privado.

## 4.5. Ambiente laboral y entorno psicosocial

Las condiciones y el entorno en que se desarrolla el trabajo pueden influir de manera directa o indirecta en la salud y en el bienestar de las personas. No son fáciles de medir ya que incluyen aspectos subjetivos que tienen que ver, entre otros, con la carga y los ritmos de trabajo, las expectativas y las compensaciones personales y profesionales, la posibilidad de desarrollar los conocimientos y habilidades propios, la implicación en las decisiones colectivas y el reconocimiento por parte de los superiores, de los pares y de los pacientes.

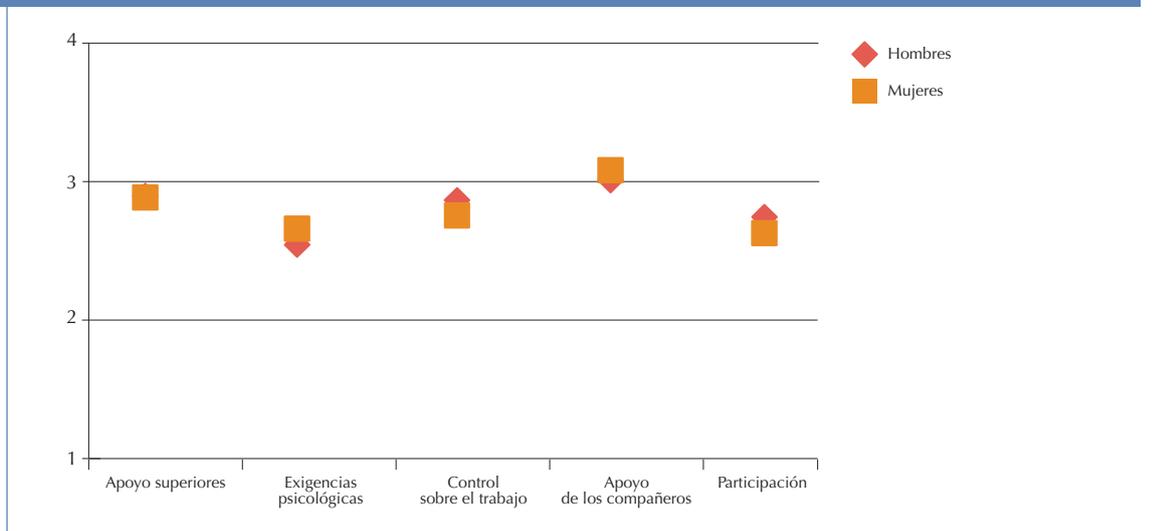
En este estudio se ha utilizado una adaptación del *Job Content Questionnaire* (Karasek, 1993). Se trata de un instrumento que aborda la medida de factores de riesgo psicosocial en el trabajo en base a cuatro dimensiones: el apoyo de los superiores, que incluye la preocupación por el bienestar de los trabajadores a su cargo, el fomento del trabajo en equipo o la atención a sus ideas y propuestas; el apoyo de los compañeros, en base a su solidaridad, a la capacidad de trabajar en equipo o a la posibilidad de acudir a ellos para solucionar problemas personales o laborales; el control sobre el trabajo, que valora el nivel de creatividad y de autonomía a la hora de ejercer su trabajo; el nivel de participación en las decisiones que se toman en la unidad o centro de trabajo; y las exigencias psicológicas vinculadas al volumen de trabajo (carga asistencial), a su concentración en el tiempo y a la distorsión del ritmo de trabajo debido a una mala organización o a otros factores no controlables por los profesionales.

Los factores de riesgo psicosocial a los que han de enfrentarse los pediatras se encuentran en todas las dimensiones analizadas alrededor de la media. Con diferencias poco relevantes, destaca un buen apoyo de los compañeros y de sus jefes y cierta capacidad de decisión sobre cómo realizar su trabajo. Tienen un nivel de participación en las decisiones de su unidad y unas exigencias psicológicas de nivel medio. Entre hombres y mujeres no hay diferencias significativas en ninguna de las dimensiones aunque las mujeres presentan un menor control sobre su trabajo y menor participación en su unidad aunque con más exigencias psicológicas<sup>2</sup>.

---

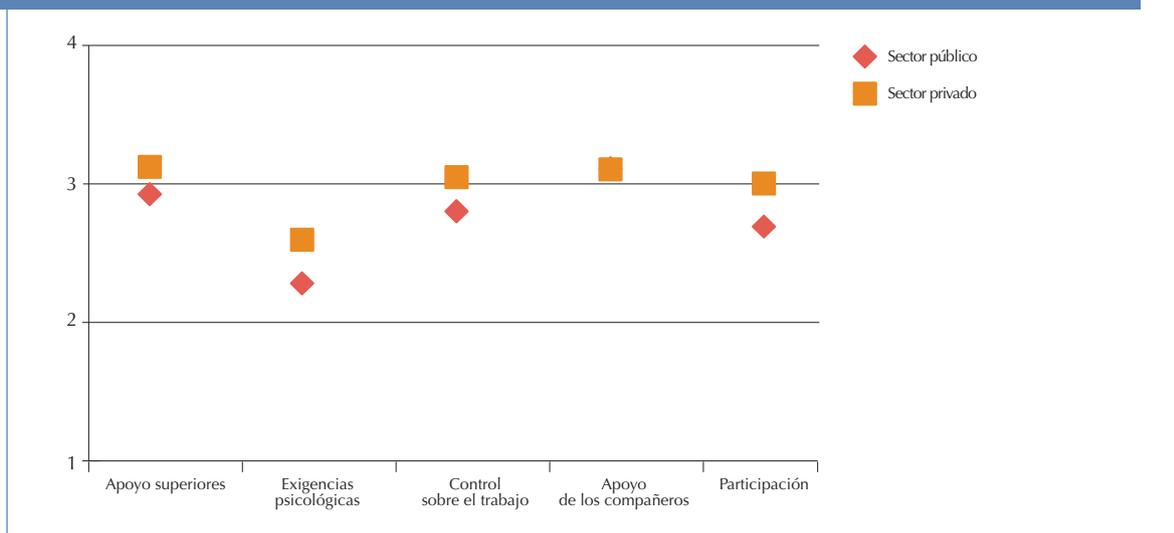
<sup>2</sup> A diferencia del resto de dimensiones, la de exigencias psicológicas se ha de leer en negativo, es decir cuánto más elevado es su valor, menor es el nivel de carga psicológica

GRÁFICO 4.24. Factores de riesgo psicosocial según sexo



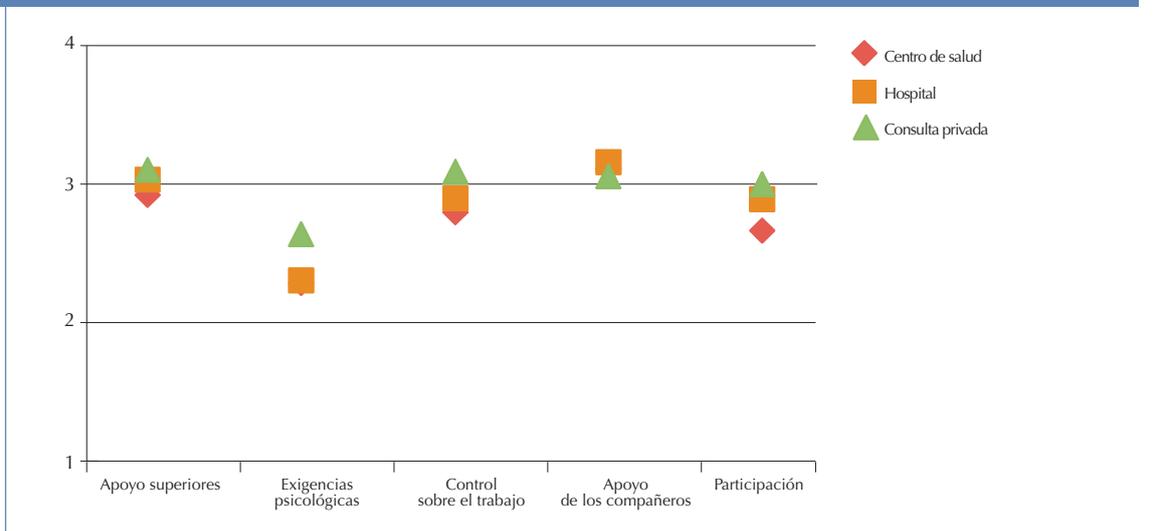
Por sector de actividad, los pediatras que trabajan en el sector público tienen menos control sobre su trabajo y un nivel de participación en las decisiones de la unidad inferior. En cambio su trabajo les supone una mayor carga psicológica. No hay diferencias en lo que respecta al apoyo entre compañeros y cuentan con menos apoyo de sus superiores, aunque en este caso las diferencias son pequeñas.

GRÁFICO 4.25. Factores de riesgo psicosocial según sector de actividad



Según centro de trabajo, no hay diferencias ni en el apoyo de los compañeros ni en el apoyo de los superiores. En cambio, los pediatras que trabajan en un centro de atención primaria presentan un menor nivel de participación en las decisiones de su unidad y un menor control sobre su trabajo, aunque en este último caso son diferencias poco significativas. Los pediatras que trabajan en una consulta privada tienen un mayor control sobre el desempeño de su trabajo y unas exigencias psicológicas muy por debajo de las que presentan los trabajadores de centro de salud o de hospital.

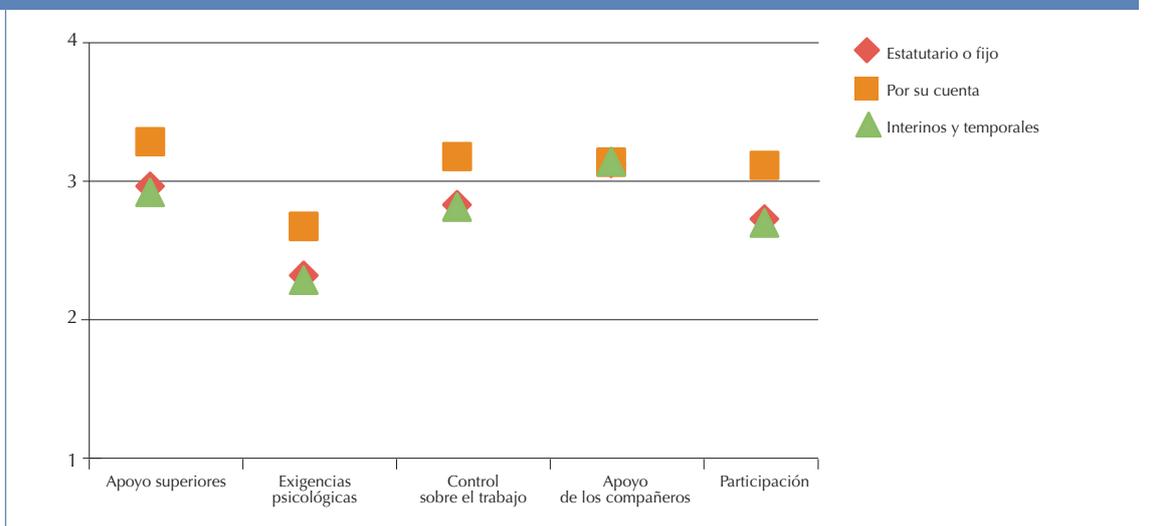
GRÁFICO 4.26. Factores de riesgo psicosocial según centro de trabajo



El tipo de contrato marca diferencias claras entre los pediatras asalariados (fijos o temporales) y los que trabajan por su cuenta. Estos últimos presentan un menor nivel de riesgo psicosocial en todas las dimensiones consideradas, excepto en el apoyo de los compañeros, que no presenta diferencias significativas. Presentan un mayor control sobre su trabajo, participan en mayor medida en las decisiones del centro y se enfrentan a menos exigencias psicológicas que los asalariados. El dato, también favorable, del apoyo de sus superiores no tiene relevancia estadística ya que la gran mayoría no tiene jefes y por lo tanto no han entrado en el análisis.

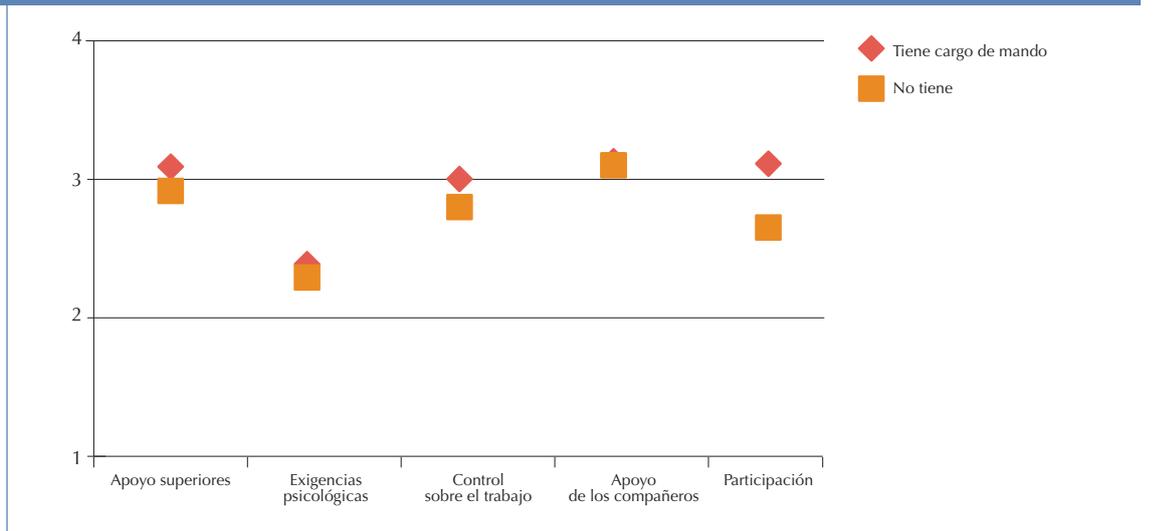
Dentro de los asalariados no se distinguen situaciones diferentes entre los estables (estatutarios o contrato fijo) y los interinos o temporales. Los pediatras sin contrato fijo presentan un mayor riesgo psicosocial en todas las dimensiones pero se trata de diferencias en el límite de la significación estadística.

GRÁFICO 4.27. Factores de riesgo psicosocial según tipo de contrato



Tener cargo de mando favorece el apoyo de los superiores, el nivel de control sobre el trabajo y, sobre todo, el de participación en las decisiones de la unidad. En el resto de dimensiones no hay diferencias significativas.

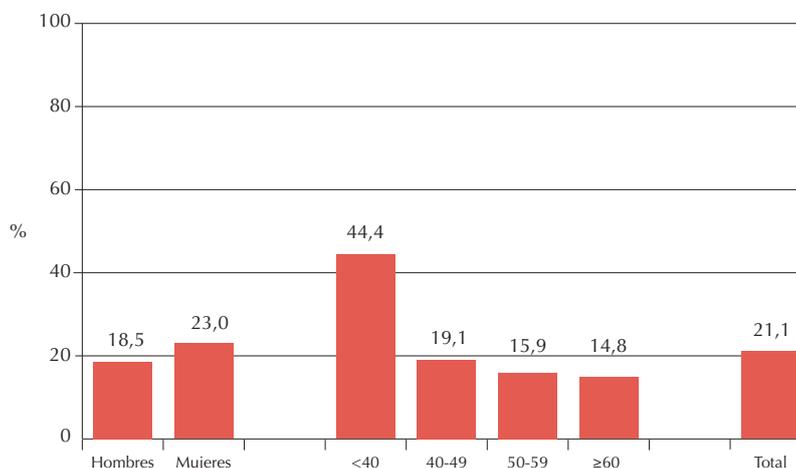
GRÁFICO 4.28. Factores de riesgo psicosocial según se tenga cargo de mando



La precariedad laboral o la falta de perspectivas de promoción son también elementos que pueden afectar no sólo un correcto desarrollo profesional sino también frustraciones que repercutan en el bienestar y la salud física y mental de los profesionales.

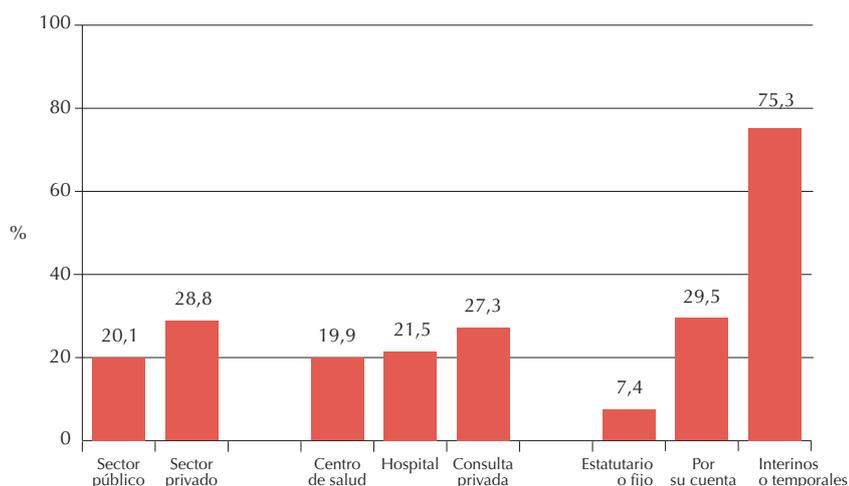
En este estudio, encontramos un 21% de pediatras que considera que está de acuerdo o muy de acuerdo con que su situación laboral es insegura. No hay diferencias significativas por sexo pero sí por edad. Como es lógico, los profesionales más jóvenes son los que más padecen la inestabilidad laboral, un 44% de los menores de 40 años, pero en todos los grupos de edad hay entre un 15% y un 20% de pediatras que se siente inseguro o muy inseguro en su puesto de trabajo.

GRÁFICO 4.29. Pediatras que están de acuerdo o muy de acuerdo con que su situación laboral es insegura según sexo y según edad



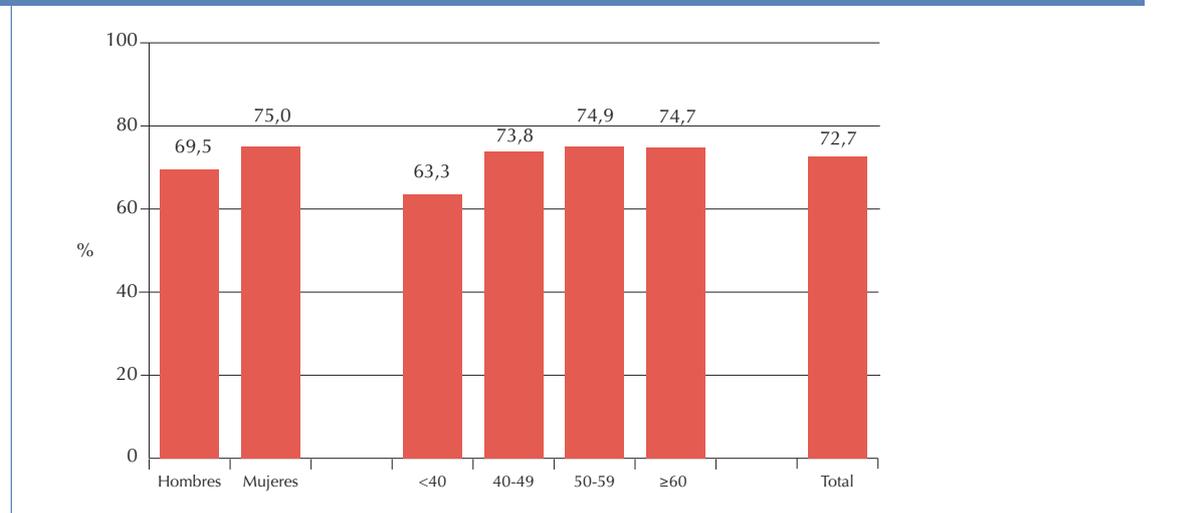
La inseguridad laboral afecta más a los pediatras que trabajan en el sector privado (28,8% está de acuerdo o muy de acuerdo con que su situación laboral es insegura) y, concretamente, en consultas privadas (27,3%), aunque las diferencias son leves. Por tipo de contrato, lógicamente, son los pediatras interinos o con contrato laboral los que en mayor medida perciben su inseguridad laboral (75,3%) aunque también se ven afectados un 30% de los que trabajan por su cuenta y un 7% de los que tienen contrato fijo.

GRÁFICO 4.30. Pediatras que están de acuerdo o muy de acuerdo en que su situación laboral es insegura según sector, según centro de trabajo y según tipo de contrato



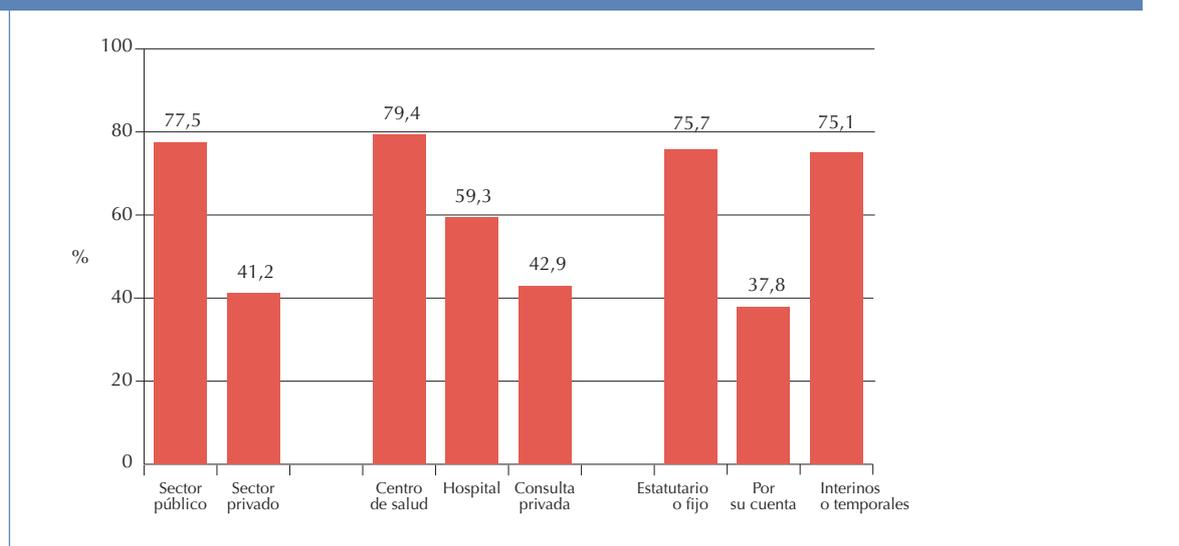
En lo que respecta a las posibilidades de promoción en el trabajo, son mayoría los que están de acuerdo o muy de acuerdo en que no tienen o tienen pocas (73%). No hay grandes diferencias según el sexo o la edad aunque hay más hombres (69,5%) y más pediatras menores de 40 años (63,6%) que están de acuerdo o muy de acuerdo con esta opinión, es decir que consideran que tienen pocas o ninguna posibilidad de promoción.

GRÁFICO 4.31. Pediatras que están de acuerdo o muy de acuerdo con que tienen pocas perspectivas de promoción según sexo y según edad



Los pediatras que trabajan en el sector privado (sólo un 41% está de acuerdo en que tiene pocas perspectivas de promoción), en consultas privadas (42,9%) o por su cuenta (37,8%) son los que más confían en la posibilidad de promoción. Es en el sector público y entre los pediatras que trabajan en un centro de atención primaria donde las perspectivas de promoción se perciben como más difíciles.

GRÁFICO 4.32. Pediatras que están de acuerdo o muy de acuerdo con que tienen pocas perspectivas de promoción según sector, según centro de trabajo y según tipo de contrato

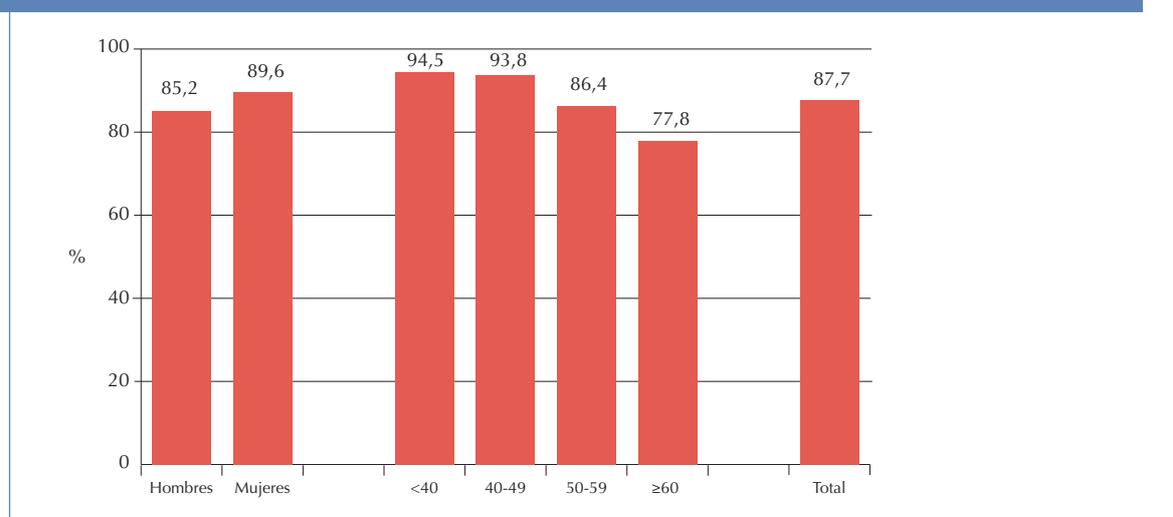


## 4.6. Exposición a problemas de salud derivados del ejercicio profesional

Se ha preguntado a los pediatras de manera directa si creen que debido al ejercicio de su profesión son más propensos a enfermar o a sufrir determinadas molestias. Éstas engloban desde una mayor exposición a ser contagiado por los pacientes hasta problemas físicos y psíquicos derivados del desarrollo de su trabajo.

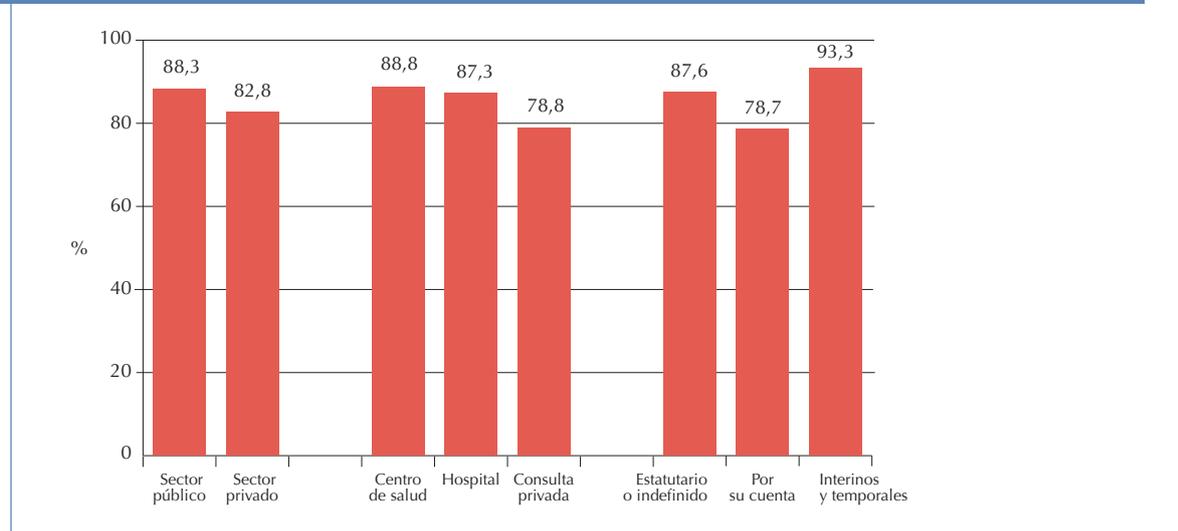
Casi un 90% de los pediatras opina que tiene una mayor propensión a padecer alguna enfermedad o molestia que afecte a la salud. Esta opinión es manifestada en casi la misma proporción por hombres y mujeres pero decrece a medida que aumenta su edad. No hay diferencias significativas según sector de actividad o centro de trabajo, aunque los pediatras que ejercen en consultas privadas, los que tienen contratos temporales y los que trabajan más horas manifiestan en mayor proporción estar expuestos a enfermedades o molestias derivadas de su profesión.

**GRÁFICO 4.33.** Pediatras que opinan que pueden tener problemas de salud a consecuencia del ejercicio profesional según sexo y según edad



La salud, los estilos de vida y las condiciones de trabajo de los pediatras en España

GRÁFICO 4.34. Pediatras que opinan que pueden tener problemas de salud a consecuencia del ejercicio profesional según sector, según centro de trabajo y según tipo de contrato



Los problemas de salud a los que están más expuestos son los resfriados, los problemas de espalda y el estrés o la ansiedad, que son citados por aproximadamente la mitad de los pediatras. Las infecciones respiratorias son citadas por casi un 40%.

Las mujeres están más expuestas, o así lo perciben, a cada uno de los problemas, con diferencias significativas respecto de los hombres. Por edades, se establece un claro gradiente: conforme aumenta la edad de los pediatras disminuye el riesgo o la percepción de riesgo de exposición a problemas de salud. Y esto sucede tanto en los trastornos físicos como psicológicos. Cabe suponer que con la edad se desarrolla el sistema inmunitario y los mecanismos de control de la ansiedad y el estrés.

GRÁFICO 4.35. Percepción sobre la posibilidad de tener determinados problemas de salud a consecuencia del ejercicio profesional según sexo

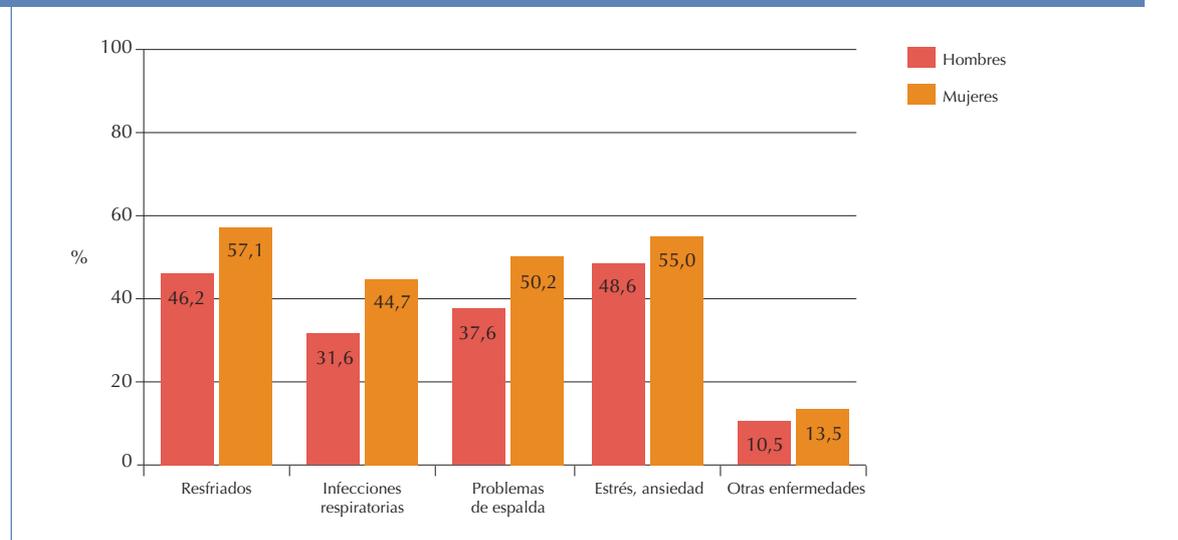
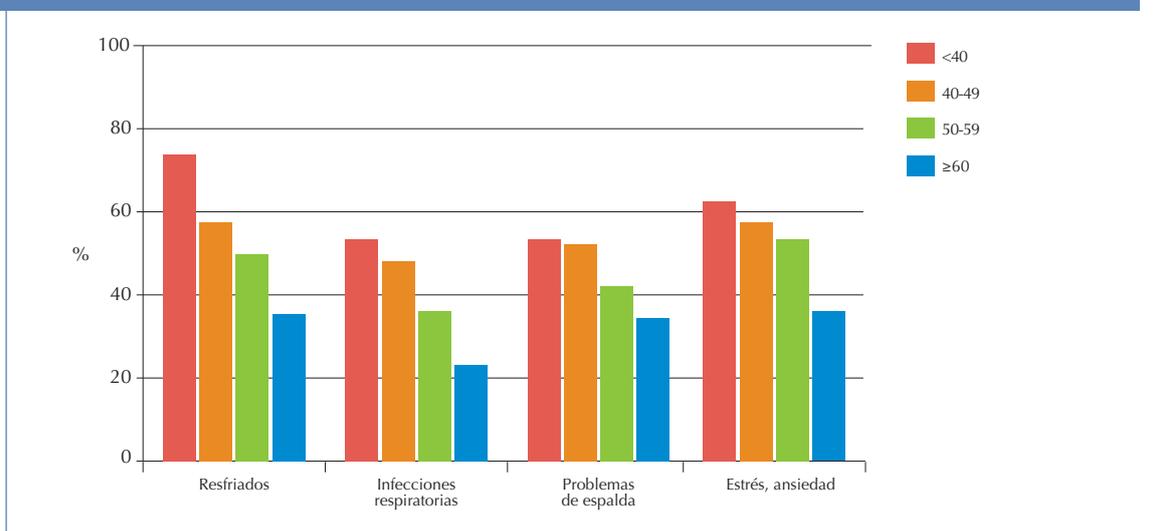


GRÁFICO 4.36. . Percepción sobre la posibilidad de tener determinados problemas de salud a consecuencia del ejercicio profesional según edad

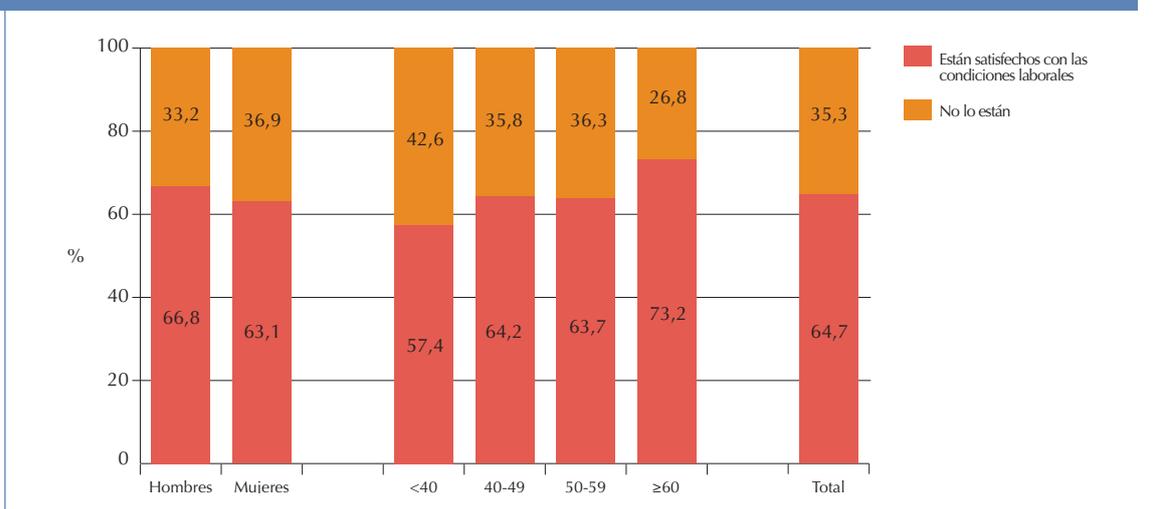


Los pediatras que trabajan en consultas privadas o los que tienen cargo de mando son los que tienen una menor percepción de riesgo en todos los problemas de salud. El número de horas de trabajo no afecta a esta percepción excepto en la probabilidad de padecer estrés o ansiedad, que es mayor entre los que trabajan más horas.

## 4.7. Nivel de satisfacción con el trabajo

Se ha pedido a los pediatras que valoraran su nivel de satisfacción con sus condiciones laborales y con su salario. Dos terceras partes de los pediatras (64,7%) están satisfechos con sus condiciones de trabajo, satisfacción que se va incrementando a lo largo de la vida, de tal manera que un 57% de los pediatras menores de 40 años está satisfecho de sus condiciones laborales frente al 73,2% de los mayores de 60.

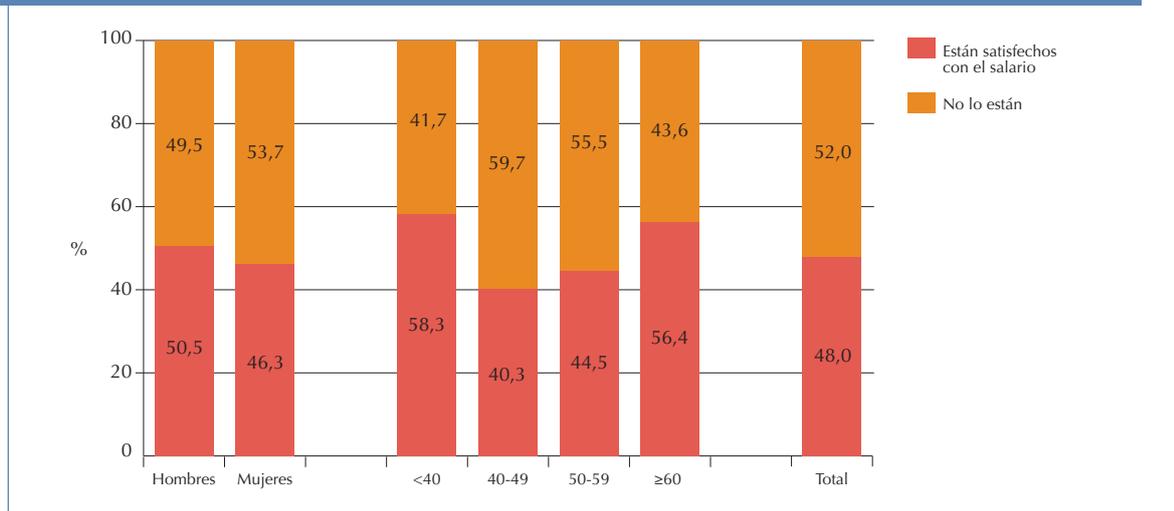
GRÁFICO 4.37. Satisfacción con las condiciones de trabajo según sexo y según edad



La salud, los estilos de vida y las condiciones de trabajo de los pediatras en España

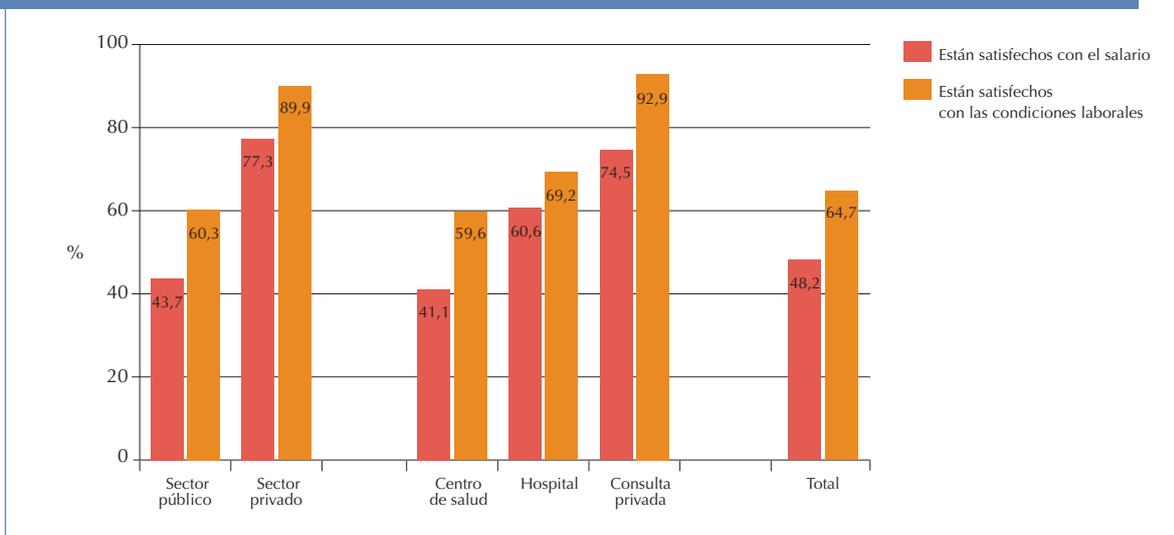
La satisfacción con el salario es más baja. Aproximadamente la mitad de los pediatras está satisfecho con su salario. En este caso no hay diferencias ni por sexo ni por edad.

GRÁFICO 4.38. Satisfacción con el salario percibido por los pediatras según sexo y según edad



El nivel de satisfacción con las condiciones laborales y el salario depende en gran medida del sector de actividad en el que los pediatras ejercen. Los que trabajan en el sector público presentan un nivel de satisfacción más bajo en los dos aspectos valorados. Un 60% está satisfecho con sus condiciones de trabajo y un 43,7% con su salario. Entre los pediatras que ejercen en el sector privado, estos porcentajes se elevan al 90% y al 77%, respectivamente. Los que presentan un nivel de satisfacción más bajo tanto con su salario como con sus condiciones laborales son los pediatras que ejercen en un centro de asistencia primaria.

GRÁFICO 4.39. Pediatras que están satisfechos con sus condiciones laborales o con su salario según sector y según centro de trabajo



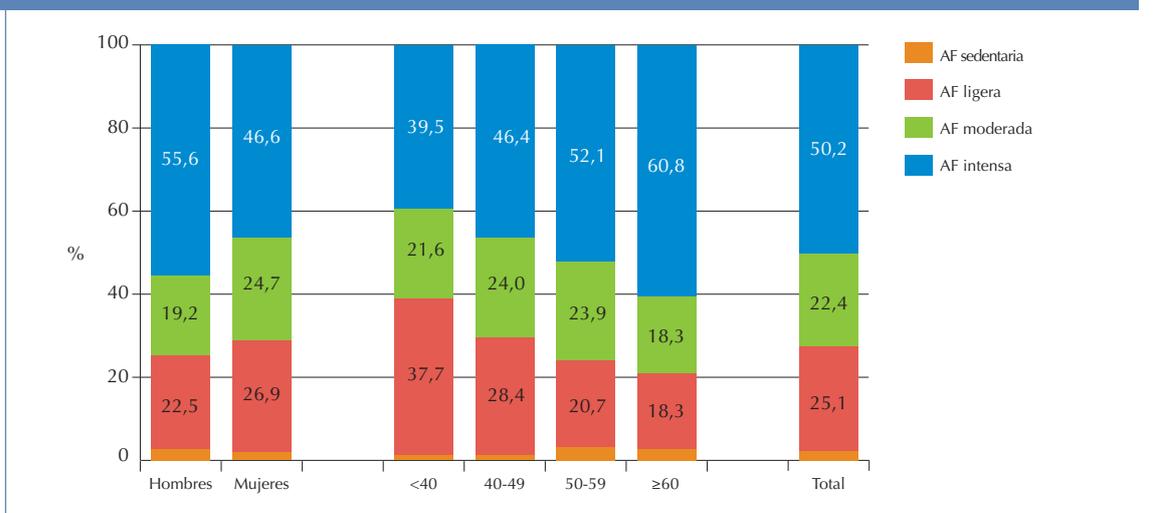
## 5. Estilos y hábitos de vida relacionados con la salud

Determinados hábitos y estilos de vida tienen una repercusión directa en la salud de las personas. En este estudio hemos analizado algunos de los más importantes determinantes de la salud como la realización de actividad física, el consumo de tabaco, la ingesta de alcohol y el tiempo dedicado habitualmente a dormir.

### 5.1. Actividad física

Prácticamente todos los pediatras han realizado algún tipo de ejercicio físico en los siete días anteriores a la realización de la encuesta. Los que no han realizado ninguna actividad física son irrelevantes estadísticamente. Destacan, además los pediatras que realizan una actividad física intensa, bien por el tiempo semanal que dedican a caminar o a hacer actividades físicas moderadas o por la propia intensidad del deporte realizado.

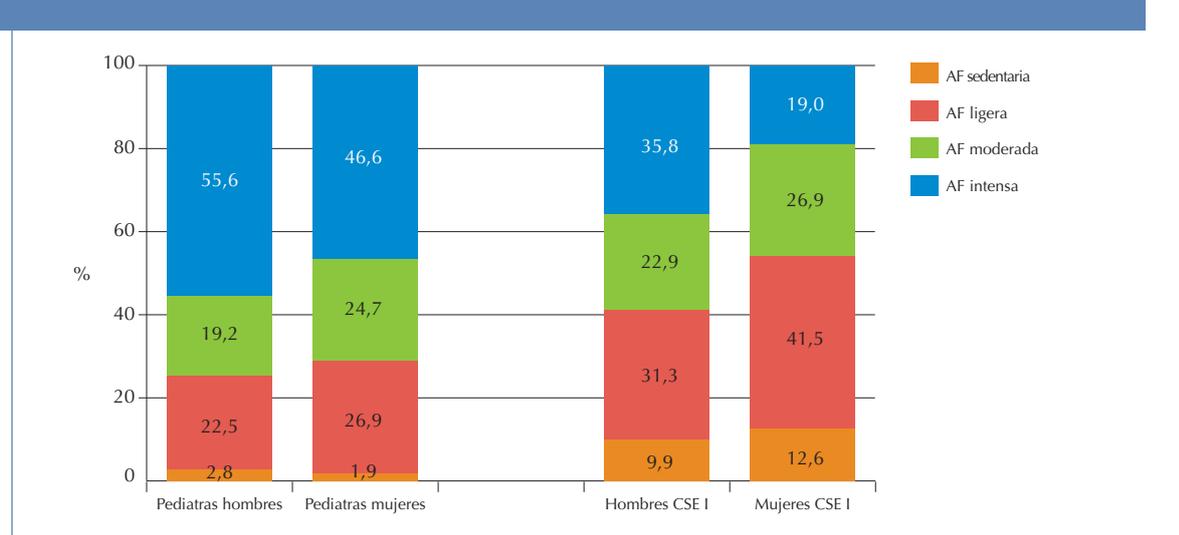
GRÁFICO 5.1. Actividad física realizada por los pediatras en los últimos 7 días según sexo y según edad



Esta situación es similar en hombres y mujeres, aunque la práctica física y deportiva de éstas es un poco menos intensa. Llama la atención que la actividad física se intensifica con la edad, a diferencia de lo que acostumbra a pasar en población general, en la que son los jóvenes los que tienen una práctica más intensa. En este caso, es probable que se deba a una mayor disponibilidad de tiempo libre a medida que los profesionales se hacen mayores, lo que permite dedicar más tiempo a la práctica deportiva o a la actividad física.

Para situar estos resultados, los hemos comparado con los obtenidos por la Encuesta Nacional de Salud (ENSE 2012) sobre población general. Como los estilos de vida y muchos indicadores de salud están directamente relacionados con el nivel de estudios o con la clase social basada en la ocupación de las personas, hemos realizado la comparación con el grupo perteneciente a la categoría socioeconómica I, que incluye a empresarios y profesionales de nivel universitario superior.

GRÁFICO 5.2. Actividad física realizada según sexo. Comparación pediatras y población general española CSE I



En este caso, pese a ser la población de clase social alta la que más ejercicio físico realiza, el nivel de sedentarismo es superior al que presenta el colectivo de pediatras y la intensidad del ejercicio físico realizado es más moderada en población general.

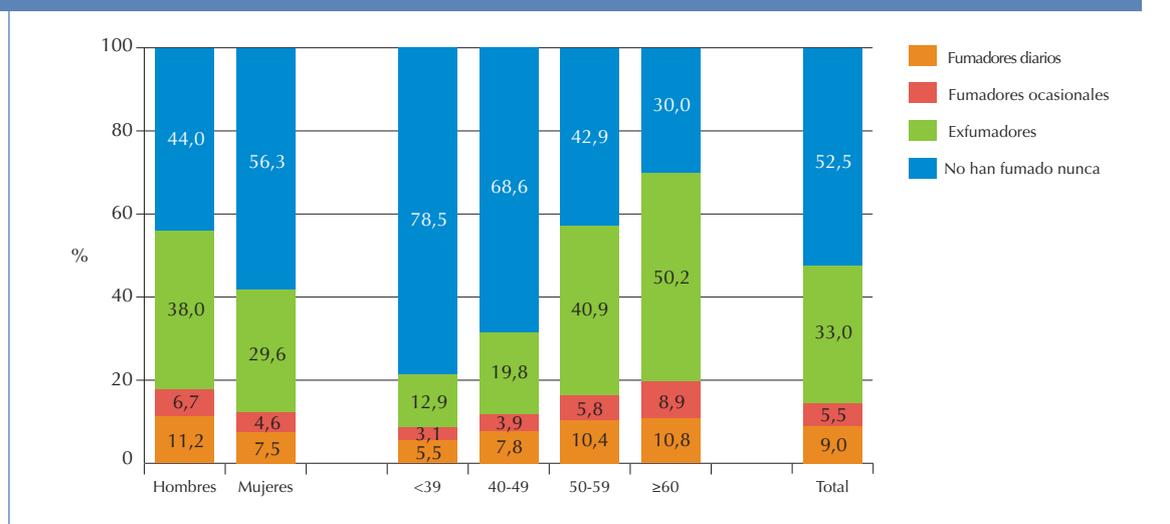
Así pues, se puede decir sin problema que los hábitos de actividad física de los pediatras entran dentro de los parámetros que la OMS considera como saludables y que además son un poco mejores que los de la población general de su mismo grupo social.

## 5.2. Consumo de tabaco

Un 14,5% de los pediatras se declara fumador, aunque un 5,5% de ellos son fumadores ocasionales. Así pues, los fumadores habituales no llegan al 10%. Se trata de un porcentaje bajo en relación con la prevalencia del tabaquismo en población general (una cuarta parte de la población española se declara

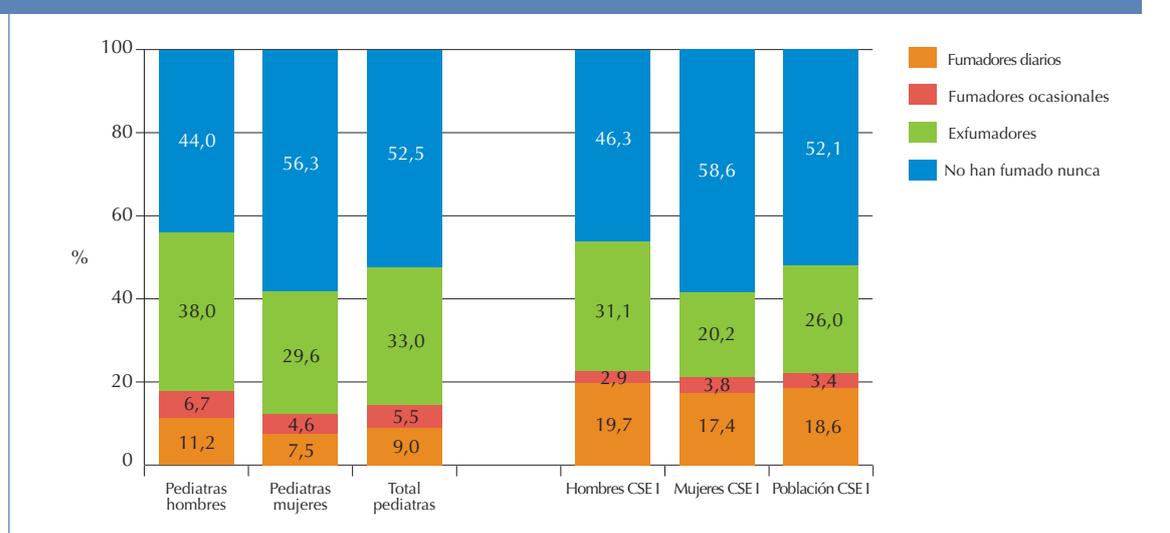
fumadora habitual en la última ENSE del 2012). La población de clase social I, que fuma menos que la población general, también declara un porcentaje de fumadores habituales (18,6%) bastante superior al de nuestra muestra de pediatras. Es verdad que éstos presentan un mayor porcentaje de fumadores ocasionales, pero aún así la presencia de fumadores es menor entre los pediatras (14,5%) que entre población general de su mismo grupo social (21,9%).

GRÁFICO 5.3. Consumo de tabaco por parte de los pediatras según sexo y según edad



El comportamiento de mujeres y hombres también coincide con el de la población general, es decir, hay menos mujeres fumadoras habituales u ocasionales (12%) que hombres (17,9%). También los pediatras jóvenes son menos fumadores que los mayores: contando fumadores habituales y ocasionales hay el doble de fumadores entre los mayores de 60 años (19,7%) que entre los menores de 40 (8,6%).

GRÁFICO 5.4. Consumo de tabaco por parte de los pediatras según sexo. Comparación pediatras y población general CSE I

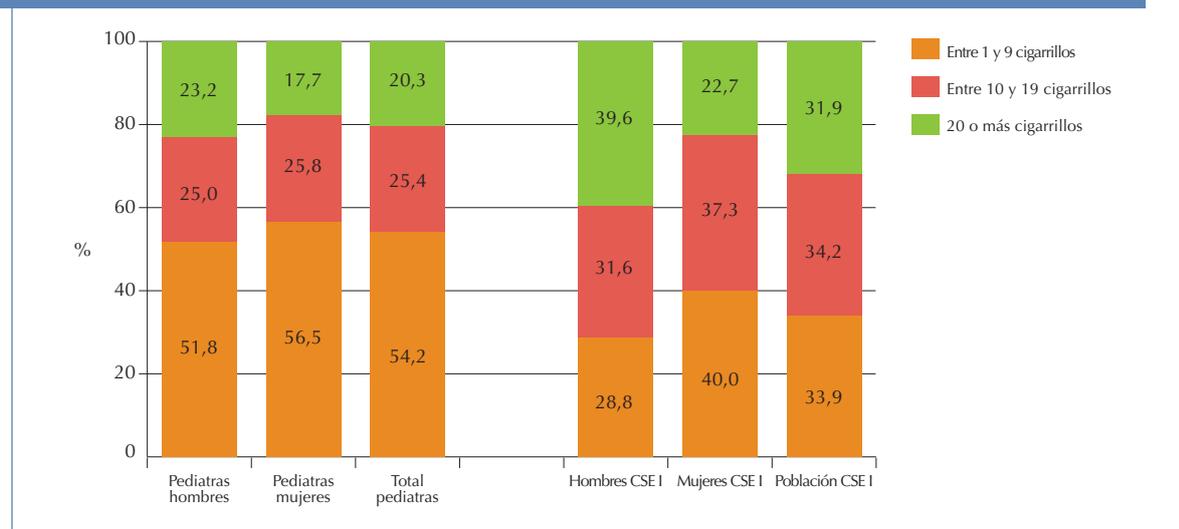


Por otra parte, no hay diferencias sustanciales del número de fumadores según puesto de trabajo o condiciones laborales.

Los fumadores actuales comenzaron a fumar alrededor de los 18,7 años de promedio, un poco más tarde que la población general, que lo hizo a una edad media de 17,8 años. No obstante, no son diferencias significativas, de la misma manera que no hay diferencias según el sexo o la edad de los fumadores.

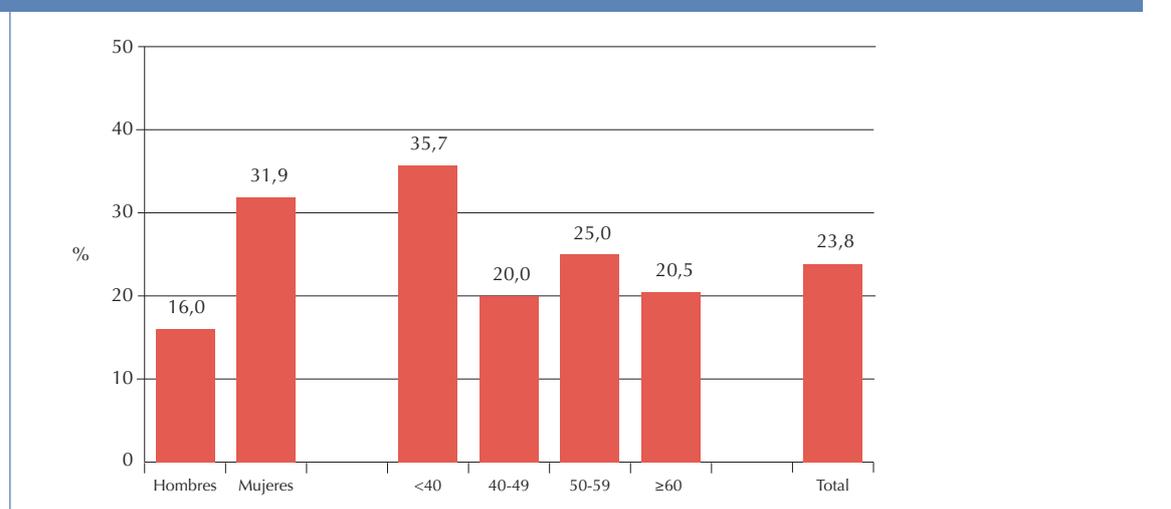
Prácticamente todos los fumadores (98%) fuman cigarrillos. Sólo un 1% fuma puros y un 0,3% fuma pipas. En lo que respecta al número de cigarrillos fumados, aproximadamente la mitad (54%) fuma entre 1 y 9 cigarrillos al día, una cuarta parte fuma entre 10 y 19 y un 20% fuma un paquete o más. Estas cifras son significativamente inferiores al número de cigarrillos fumados por la población general de clase alta fumadora habitual.

GRÁFICO 5.5. Número de cigarrillos fumados diariamente por los fumadores según sexo. Comparación pediatras y población general CSE I



Por otra parte, casi una cuarta parte (23,8%) de los pediatras fumadores han intentado dejar de fumar en los últimos 12 meses. Lo han hecho más las mujeres (31,9%) que los hombres (16%) y los menores de 40 años (35,7%) más que los pertenecientes a franjas de edad más altas.

GRÁFICO 5.6. Pediatras fumadores que han intentado dejar de fumar en los últimos 12 meses según sexo y según edad

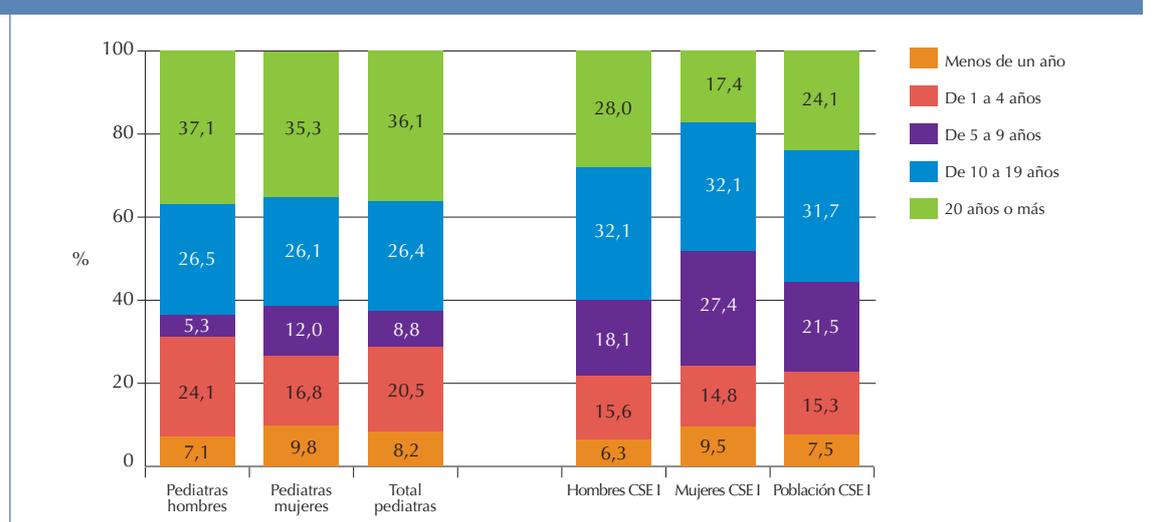


Los **exfumadores** empezaron a fumar de promedio a los 17,3 años, un poco antes que los fumadores y que la población general del mismo grupo social que los pediatras (a los 18,1), pero las diferencias son poco relevantes estadísticamente.

Un 97,7% fumaba cigarrillos, un 2,8% fumaba puros y un 3% pipas. La mayoría fumaba entre 10 y 19 cigarrillos (41%) y un 44% fumaba más de un paquete al día.

Los pediatras exfumadores son de larga trayectoria. Casi dos de cada tres dejaron de fumar hace más de 10 años, un 29% llevan sin fumar entre uno y 9 años y un 8% son exfumadores recientes, de menos de un año. No hay grandes diferencias por sexo; y por edad, como es lógico, los exfumadores de larga duración están más presentes en las franjas de edad más altas. Por otra parte, tampoco se detectan diferencias significativas respecto al comportamiento de la población general salvo que las mujeres pediatras llevan más tiempo sin fumar que el conjunto de las mujeres exfumadoras españolas.

GRÁFICO 5.7. Tiempo transcurrido desde que los exfumadores dejaron de fumar según sexo. Comparación pediatras y población general CSE I

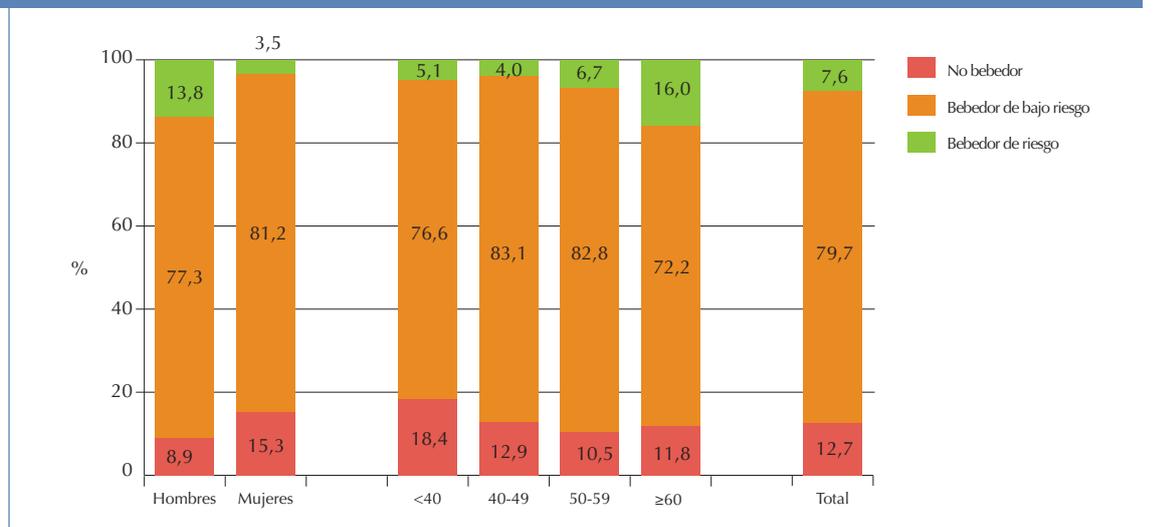


### 5.3. Consumo de alcohol

Para medir el consumo de alcohol se ha utilizado un instrumento recomendado por el Plan Nacional de Drogas que se basa en la autodeclaración de la frecuencia de consumo y el número de consumiciones de diversos tipos de bebida ingeridas durante una semana típica diferenciando el consumo de días laborables y de fin de semana. A partir de estos datos se calculan las unidades de consumo estandarizadas (UBE), equivalentes cada una a 10 grs. de alcohol, ingeridas. Se consideran bebedores de riesgo las personas que consumen 28 o más unidades en el caso de los hombres o 17 y más en el caso de las mujeres, así como las que consumen cinco o más bebidas seguidas en una ocasión de consumo de manera mensual o semanal.

En el caso de los pediatras, predominan los que tienen un consumo prudente o moderado. Un 12,7% es abstemio, más las mujeres que los hombres, y un 79,7% es consumidor moderado. Los bebedores de riesgo representan un 7,6% de la muestra aunque este porcentaje se eleva considerablemente entre los hombres (un 13,8%). Igualmente, hay más bebedores de riesgo conforme aumenta la edad, llegando a representar un 16% entre los mayores de 60 años, mayoritariamente hombres.

GRÁFICO 5.8. Consumo de alcohol según sexo y según edad

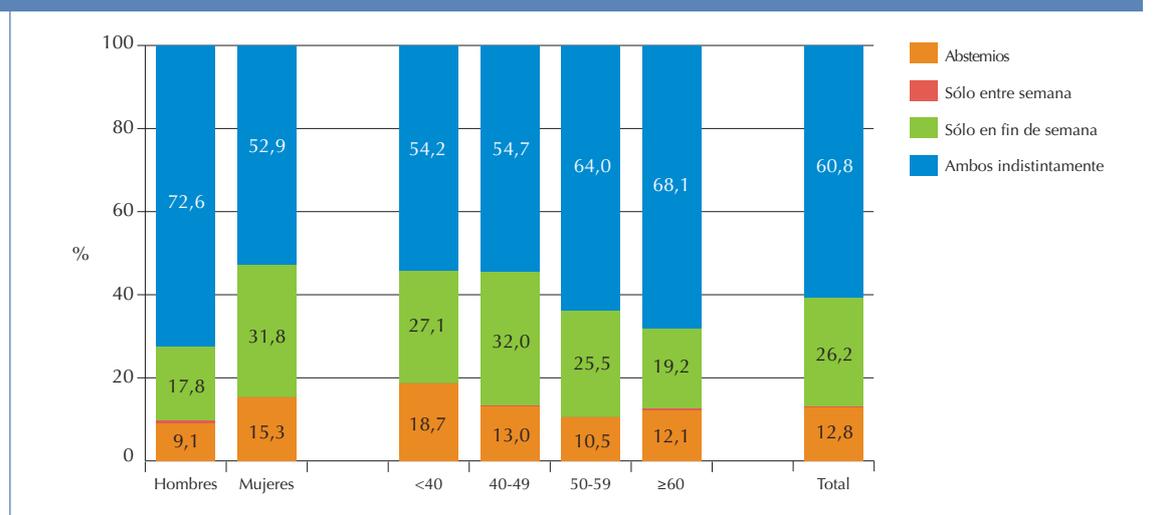


La prevalencia de bebedores de riesgo es ligeramente más elevada entre los pediatras que entre población general. En este caso los datos no se pueden comparar con la ENSE pero sí con la Encuesta de Salud de Cataluña (ESCA 2012) que utiliza el mismo instrumento de medida. En ella el consumo de riesgo de alcohol afecta al 3,9% de la población (el 6% de los hombres y el 1,7% de las mujeres).

Por otra parte, la *Encuesta de salud, estilos de vida y condiciones de trabajo de los médicos de Cataluña* (2006) recogía datos más aproximados a los de los pediatras. Los médicos catalanes presentaban una tasa de bebedores de riesgo del 10% (12,3% en hombres y 7,9% en mujeres) frente al 7,6% (13,8% y 3,6%, respectivamente) en los pediatras.

En lo que respecta a la pauta de consumo de alcohol, la mayoría de pediatras consumidores de alcohol (61%) beben a lo largo de toda la semana y son pocos los bebedores que sólo lo hacen los fines de semana (26%). Son prácticamente inexistentes los que sólo beben entre semana.

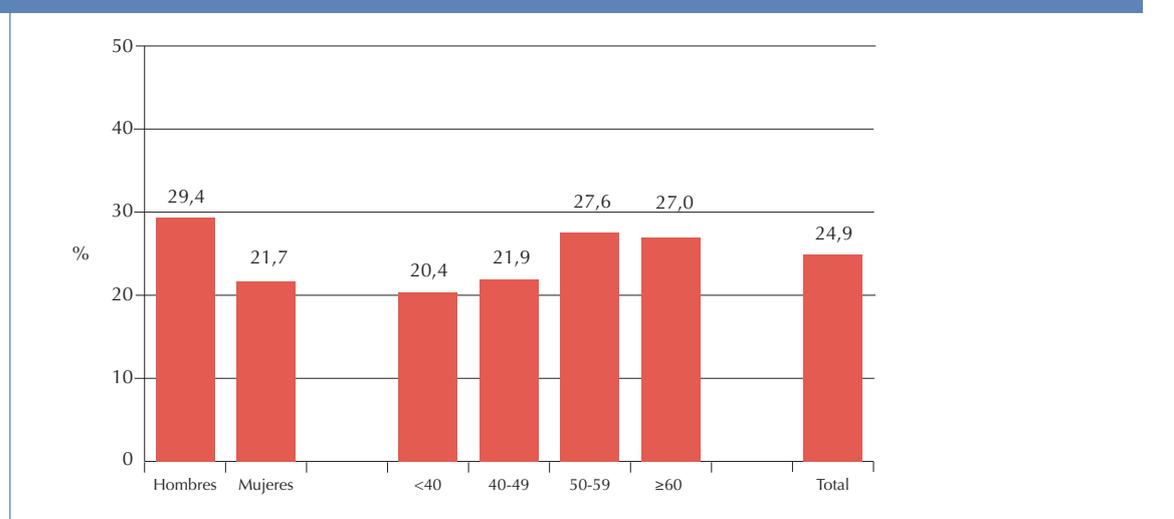
GRÁFICO 5.9. Tipos de bebedores según sexo y según edad



## 5.4. Horas de sueño

Una cuarta parte de los pediatras españoles duermen habitualmente 6 o menos horas y la media de horas de sueño se cifra en 6,9 horas diarias. Los hombres duermen un poco menos: el 29,4% duerme 6 horas o menos y su promedio de horas de sueño es de 6,85 frente al 21,7% y 7 horas de media de las mujeres.

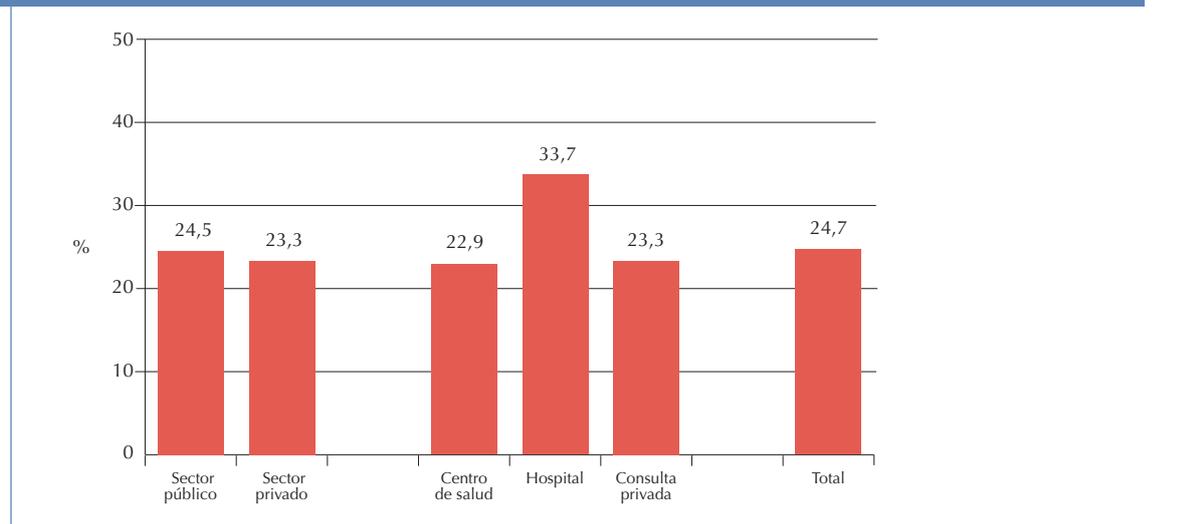
GRÁFICO 5.10. Pediatras que suelen dormir 6 horas o menos según sexo y según edad



La salud, los estilos de vida y las condiciones de trabajo de los pediatras en España

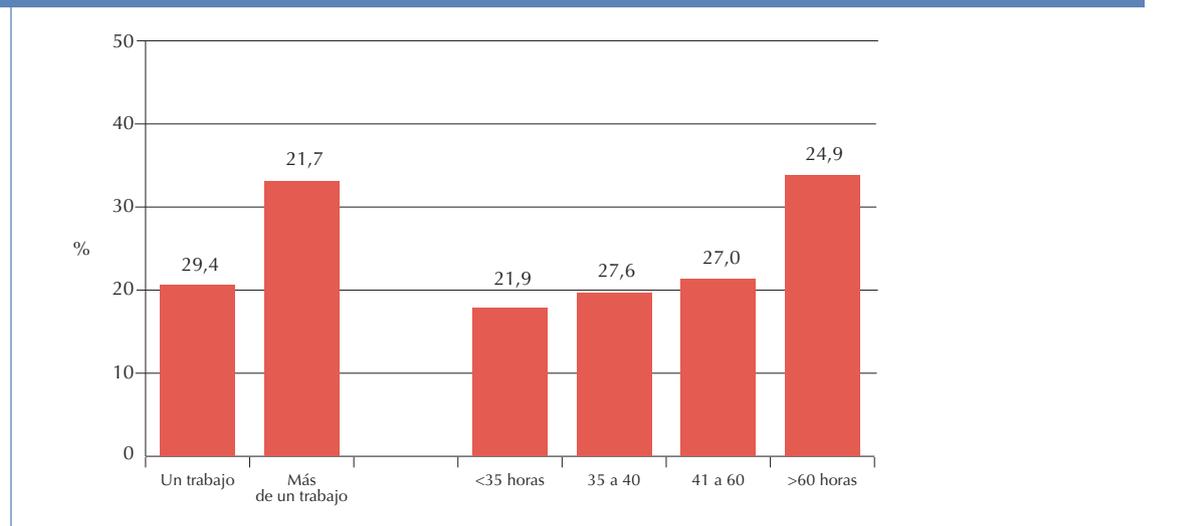
En general los pediatras que menos duermen son los que trabajan en el sector concertado o en hospitales pero su presencia en la muestra es tan limitada que no se trata de resultados extrapolables.

GRÁFICO 5.11. Pediatras que suelen dormir 6 horas o menos según sector y centro de trabajo



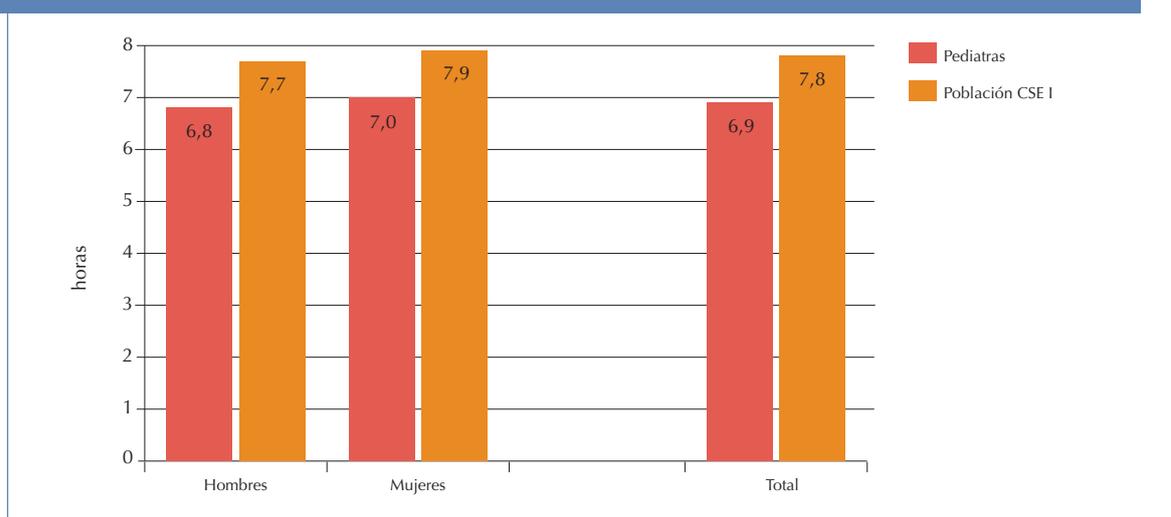
El tipo de jornada no marca diferencias en las horas de sueño, en cambio, sí que es significativa la relación existente con tener más de un trabajo o con la extensión de la jornada laboral. A medida que se trabajan más horas, menos horas se duermen.

GRÁFICO 5.12. Pediatras que duermen 6 horas o menos según tengan uno o más trabajos y según el número de horas trabajadas semanalmente



Las horas de sueño de los pediatras están bastante por debajo de las que presenta la población general perteneciente a su mismo grupo social, que con una media de 7,8 horas, se puede decir que duermen casi una hora más, tanto los hombres como las mujeres.

GRÁFICO 5.13. Media de horas que duermen los pediatras según sexo. Comparación pediatras y población general CSE I



## 6. Estado de salud

Para aproximarnos al estado de salud de los pediatras se han utilizado diversos indicadores e instrumentos incorporados habitualmente a encuestas de salud a población general aunque adaptados al tipo de encuesta autoadministrada y a la población específica de profesionales de la salud.

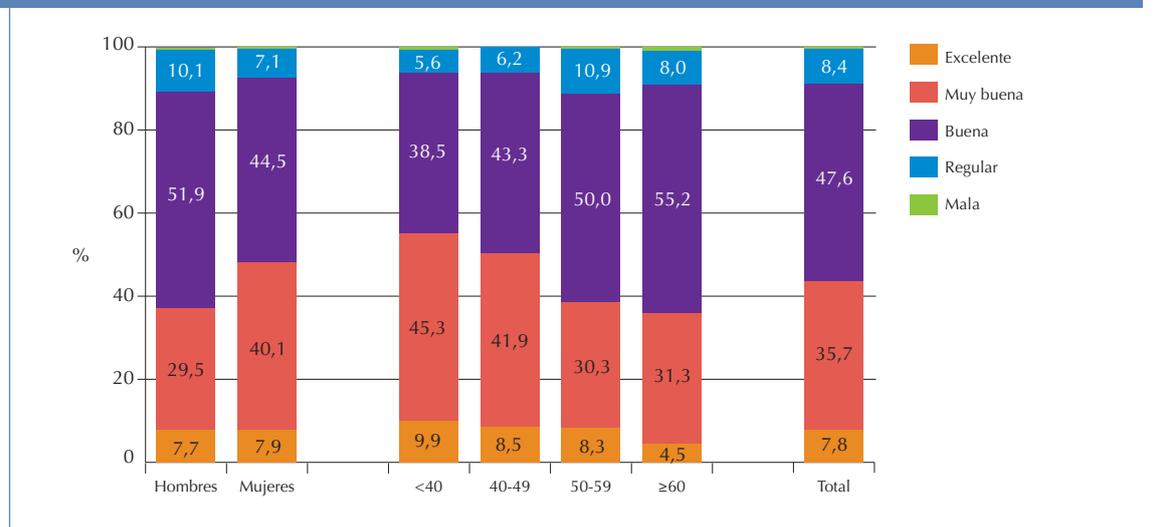
Se ha analizado el estado de salud autopercebido, el índice de masa corporal, la presencia de trastornos o enfermedades de larga duración, la presencia de sintomatología asociada al dolor, al cansancio y al estrés y el estado de salud mental, a partir del GHQ-12.

### 6.1. Estado de salud autopercebido

El 91% de los pediatras manifiesta gozar de buen estado de salud (bueno, muy bueno y excelente) y sólo un 0,5% lo considera malo. Son las mujeres las que perciben un mejor estado de salud, el 92,5% frente al 89% de los hombres. Este hecho contrasta con los resultados que suelen arrojar las encuestas de salud dirigidas a población general en las que las mujeres acostumbran a declarar un peor estado de salud que los hombres, aunque en este caso se debe probablemente a la mayor juventud de las mujeres pediatras.

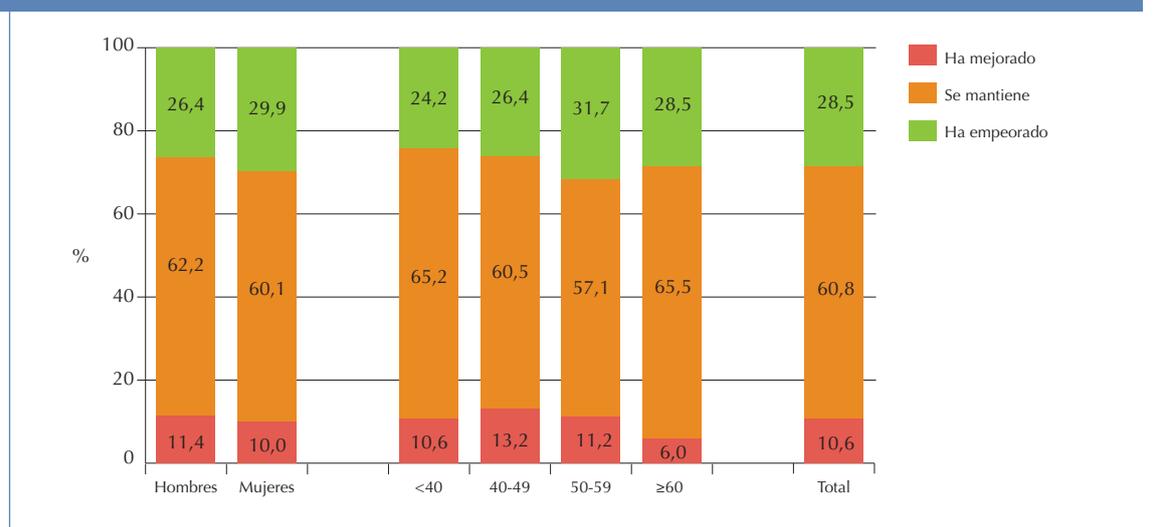
Efectivamente, la percepción del estado de salud empeora con la edad, aunque en este colectivo, el gradiente no es tan acusado (pasa de muy buena salud a buena pero no a regular o mala) como en población general y se mantienen buenas perspectivas de salud incluso entre los mayores de 60 años.

GRÁFICO 6.1. Estado de salud autopercebido según sexo y según edad



En lo que respecta a la percepción de la evolución de la salud en los últimos cinco años, la mayoría de peditras (61%) considera que se ha mantenido igual. El resto se divide entre el 10% que cree que ha mejorado y el 28% que considera que ha empeorado. Las mujeres tienden más a declarar un empeoramiento de su estado de salud y esta percepción se incrementa a medida que se cumplen años.

GRÁFICO 6.2. Evolución del estado de salud en los últimos 5 años según sexo y según edad

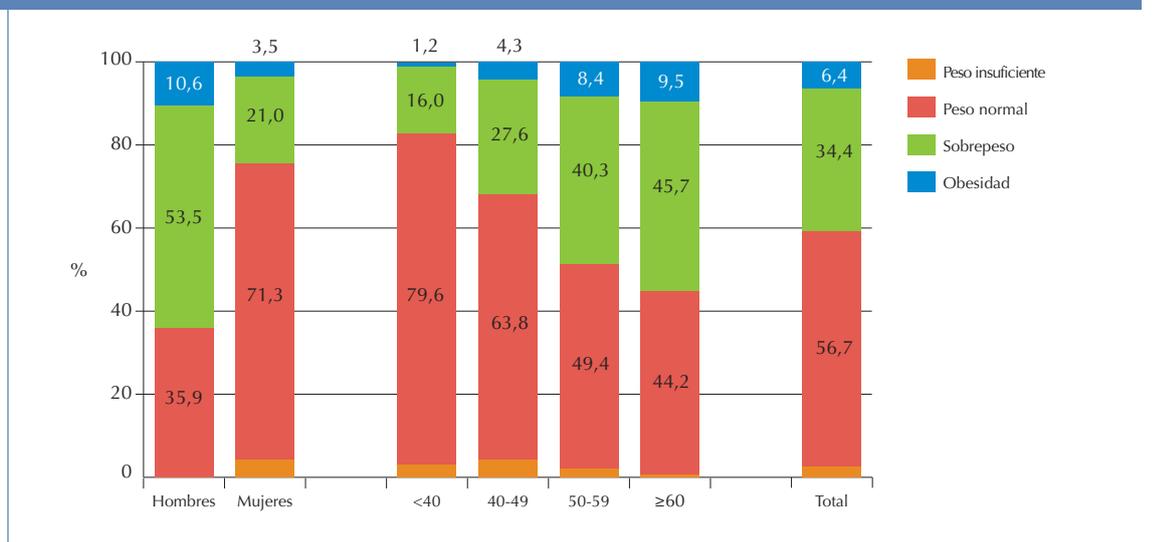


## 6.2. Obesidad y sobrepeso

Un factor que afecta directamente a la salud de las personas por tratarse de un factor de riesgo de aparición o agravamiento de enfermedades cardiovasculares, endocrinas, osteomusculares, entre otros trastornos, es el exceso de peso. Para conocer este dato se ha calculado el índice de masa corporal (IMC) ( $\text{kg}/\text{m}^2$ ).

Entre los pediatras, se registra un 34,4% de personas con sobrepeso ( $\text{IMC } 25 \leq 30 \text{ kg}/\text{m}^2$ ) y un 6,4% que entra dentro de los parámetros de obesidad ( $\text{IMC} \geq 30 \text{ kg}/\text{m}^2$ ). Sólo un 2,5% se encuentra por debajo del peso que les correspondería y todas son mujeres, representando un 4% de éstas.

GRÁFICO 6.3. Índice de Masa Corporal según sexo y según edad

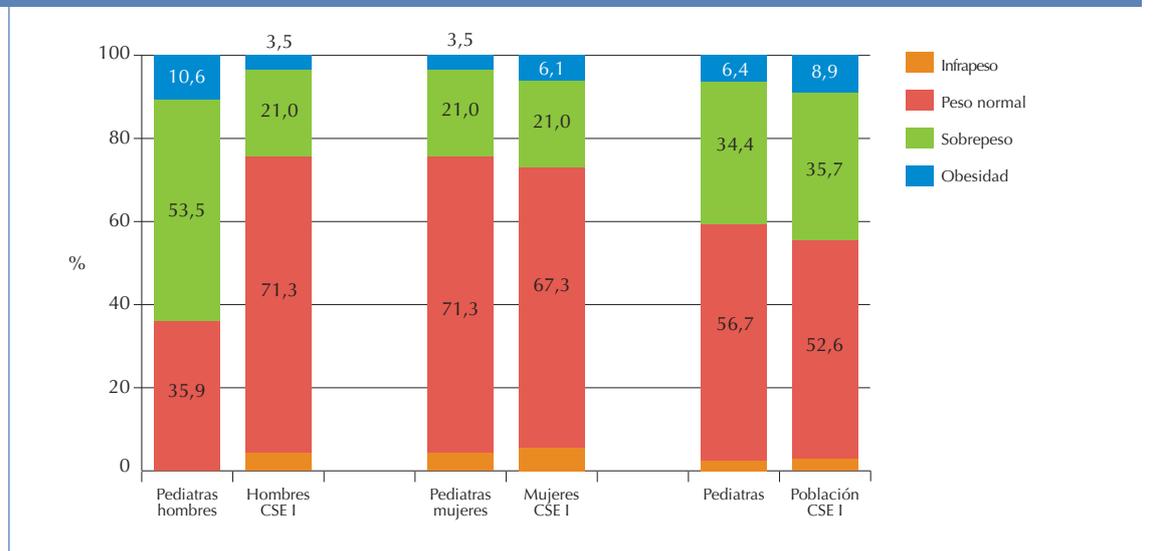


El sobrepeso y la obesidad tienen una prevalencia superior entre los hombres. La mitad de estos presenta sobrepeso y un 11% obesidad frente al 21% y el 6%, respectivamente, en el caso de las mujeres.

También con la edad, se incrementan estos casos. Los pediatras con más peso del considerado saludable incrementan su presencia a medida que cumplen años, y si bien este comportamiento se produce en ambos sexos, la evolución es más acusada en los hombres.

Por otra parte, esta situación difiere poco de la prevalencia de sobrepeso y obesidad que registra la población general del mismo grupo social que los pediatras. Aunque entre éstos hay más hombres con sobrepeso y menos mujeres obesas, las diferencias están en el límite de la significación estadística.

GRÁFICO 6.4. Índice de masa corporal (IMC) según sexo. Comparación con población general CSE I

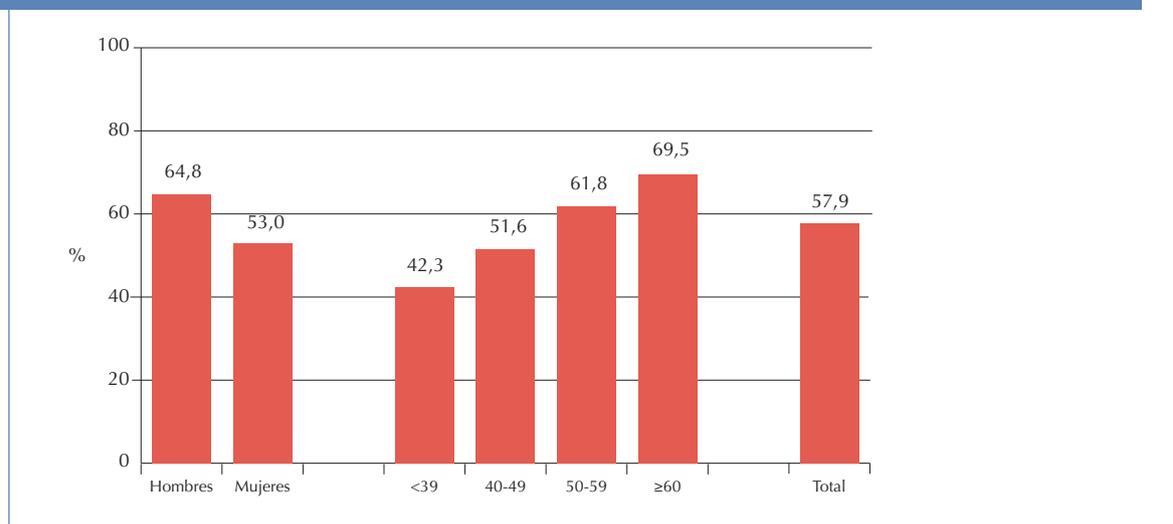


### 6.3. Trastornos crónicos

Un 58% de los pediatras declara padecer como mínimo una enfermedad o trastorno de larga duración. Más los hombres (64,8%) que las mujeres (53%), aunque esta diferencia se basa en parte en que las mujeres presentan una estructura de edad más joven.

Efectivamente, a mayor edad, hay más probabilidades de tener uno o más trastornos crónicos, tanto en hombres como en mujeres. El 42% de los pediatras menores de 40 años tiene algún trastorno crónico, con una media de 0,63 trastornos, frente al 69,5% de los mayores de 60 años, con una media de 1,25 trastornos.

GRÁFICO 6.5. Pediatras que tienen algún trastorno crónico según sexo y según edad



En el cuestionario se ha interrogado sobre 7 enfermedades de larga evolución a las que hay que añadir otras que las personas encuestadas han concretado de manera espontánea. En las TABLAS 6.1 y 6.2 se pueden observar tanto unas como otras.

TABLA 6.1. Trastornos crónicos declarados por los pediatras según sexo y según edad (respuesta inducida) (%)

	Hombres	Mujeres	<39	40-49	50-59	≥60	Total
Enfermedades respiratorias	12,7	10,8	11,9	9,4	12,8	11,7	11,5
Diabetes	7,0	1,8	1,9	0,4	3,6	10,9	3,9
Hipertensión	28,9	8,6	2,5	7,5	20,7	33,2	17,0
Enfermedades cardiovasculares	3,7	0,7	0,0	0,4	2,3	4,6	1,9
Trastornos de ansiedad	8,6	10,4	11,9	7,9	10,8	7,9	9,6
Trastornos depresivos	2,5	4,5	1,9	3,5	4,9	3,1	3,7
Enfermedades digestivas	8,3	8,4	8,1	10,3	8,8	5,2	8,3
Otros trastornos crónicos*	28,5	34,3	20,5	33,7	33,3	36,3	32,0
<b>Declaran algún trastorno crónico</b>	<b>64,8</b>	<b>53,0</b>	<b>42,9</b>	<b>51,6</b>	<b>62,1</b>	<b>69,8</b>	<b>57,9</b>

\* Desglosados en la tabla 6.2

Si las analizamos por separado, podemos comprobar que los hombres presentan una mayor prevalencia en todas las enfermedades excepto en los trastornos de ansiedad y en los depresivos, que son más frecuentes en mujeres.

Las enfermedades respiratorias y las digestivas presentan una prevalencia muy similar en hombres y mujeres, mientras que la diabetes, las enfermedades cardiovasculares y, muy especialmente, la hipertensión se presentan con mucha mayor frecuencia entre los hombres.

La prevalencia de estos trastornos crónicos no está relacionada con la edad excepto en el caso de la diabetes, las enfermedades cardiovasculares y la hipertensión que van apareciendo progresivamente a medida que ésta aumenta.

TABLA 6.2. Otros trastornos crónicos citados por los pediatras (respuesta espontánea) (%)

	Hombres	Mujeres	Total
Colesterol	19,9	9,1	13,5
Problemas de tiroides	0,5	7,4	4,6
Problemas de espalda (dorsal, lumbar o cervical)	1,7	5,3	3,8
Artrosis o artritis	2,6	4,6	3,8
Enfermedades del hígado y del intestino	3,8	3,3	3,5
Migraña y cefalea	0,5	4,5	2,8
Alergias	1,7	3,3	2,6
Otras enfermedades del sistema osteomuscular y del tejido conjuntivo	1,9	1,7	1,8
Enfermedades del sistema circulatorio	1,9	1,0	1,4
Problemas de próstata	3,1	0,0	1,3
Enfermedades del sistema genitourinario	1,7	0,8	1,2
Trastornos del sueño	1,2	0,8	1,0
Enfermedades del ojo	0,7	1,0	0,9
Neoplasia benigna o maligna	0,2	1,2	0,8
Enfermedades del sistema nervioso	1,2	0,5	0,8
Osteoporosis	0,2	1,0	0,7
Enfermedades de la piel	0,5	0,8	0,7
Obesidad	0,4	0,2	0,6
Otras enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas	0,5	0,3	0,4
Enfermedades del oído	0,0	0,7	0,4
Acido úrico	0,4	0,0	0,4
Anemia	0,0	0,3	0,3
Fibromialgía	0,0	0,3	0,3
Trastornos mentales	0,1	0,2	0,3
Enfermedades infecciosas	0,2	0,0	0,2
Otros	0,3	0,5	0,8

## 6.4. Indicadores de dolor, fatiga y estrés

Se ha incorporado al cuestionario una batería de preguntas sobre nivel de dolor (dolor de espalda cervical, dorsal o lumbar), de cansancio (al levantarse, durante la jornada o al finalizar ésta) y otros síntomas que pueden asociarse a situaciones de estrés (dolores de cabeza, facilidad para perder objetos, dificultades para dormir o ardor de estómago).

Casi la mitad de los profesionales ha presentado alguno de estos síntomas durante el último mes, de los que alrededor de un 24% ha presentado síntomas asociados al estrés, un 27% síntomas de cansancio y un 28% algún tipo de dolor.

En el caso de las mujeres, más de la mitad ha declarado haber tenido al menos uno de estos síntomas (52%) frente al 37,6% de los hombres. Y esta situación se repite si consideramos los síntomas asociados al dolor (32,2% y 21,9%, respectivamente), al estrés (18,9% y 27,9%) y al cansancio, donde las diferencias se agudizan más (32,7% de las mujeres frente al 19,4% de los hombres). En todos los casos, las diferencias entre hombres y mujeres son elevadas.

TABLA 6.3. Indicadores de cansancio, dolor y estrés según sexo y según edad (%)

	Hombres	Mujeres	<39	40-49	50-59	≥60	Total
Cansancio al levantarse	13,8	25,2	37,0	26,0	16,0	9,2	20,6
Cansancio a partir de media jornada	6,4	18,1	19,7	15,2	13,7	5,2	13,3
Agotamiento al acabar la jornada	11,1	15,1	18,5	14,9	13,9	6,4	13,4
<b>Tienen al menos un indicador de cansancio</b>	<b>19,4</b>	<b>32,7</b>	<b>42,9</b>	<b>30,6</b>	<b>25,4</b>	<b>14,2</b>	<b>27,2</b>
Le cuesta dormir o se despierta	13,8	20,8	15,6	19,1	21,7	10,6	17,9
Pierde objetos fácilmente	3,7	5,5	9,4	4,3	4,4	2,6	4,8
Ha tenido cefaleas	4,6	12,4	11,9	14,5	8,7	1,5	9,2
Dolor o ardor de estómago	5,1	6,6	5,7	5,5	7,6	3,6	6,0
<b>Tienen al menos un indicador de estrés</b>	<b>18,9</b>	<b>27,9</b>	<b>23,3</b>	<b>30,6</b>	<b>26,1</b>	<b>12,8</b>	<b>24,2</b>
Dolor de espalda cervical	9,0	20,5	21,5	15,4	15,7	11,3	15,7
Dolor de espalda dorsal	6,4	11,2	11,3	8,7	9,7	6,8	9,2
Dolor de espalda lumbar	9,0	15,6	12,4	12,3	13,9	11,8	13,0
<b>Tienen al menos un indicador de dolor</b>	<b>21,9</b>	<b>32,2</b>	<b>28,6</b>	<b>26,8</b>	<b>30,1</b>	<b>24,5</b>	<b>28,0</b>
<b>Presentan algún indicador</b>	<b>37,6</b>	<b>52,2</b>	<b>55,6</b>	<b>51,9</b>	<b>45,2</b>	<b>33,7</b>	<b>46,3</b>

Por edades, se constata que la presencia de algún síntoma de cansancio afecta prioritariamente a los profesionales más jóvenes y se va mitigando a lo largo de la vida profesional. Los indicadores de dolor o indicativos de posible estrés van variando a lo largo de edad sin que se establezca un gradiente claro, aunque en el grupo de edad más alto tienden a disminuir.

El problema más frecuentemente declarado por los pediatras es el del cansancio al levantarse, que afecta a un 25% de las mujeres y a un 14% de los hombres. El cansancio a media jornada y el agotamiento al finalizarla también presentan prevalencias importantes sobre todo entre las mujeres, hasta el punto de que un 18% de ellas acaba la jornada con la sensación de que ya no puede hacer nada más.

El segundo problema más citado es la dificultad para dormir (en fase de conciliación o de permanencia) que afecta a un 21% de mujeres y a un 14% de hombres (18% al total del colectivo).

En tercer lugar se encuentran todas las molestias derivadas del dolor de espalda, que afectan en bastante mayor medida a las mujeres que a los hombres. Por ejemplo, el dolor cervical, que es el más prevalente, afecta al 20,5% de las mujeres y al 9% de los hombres.

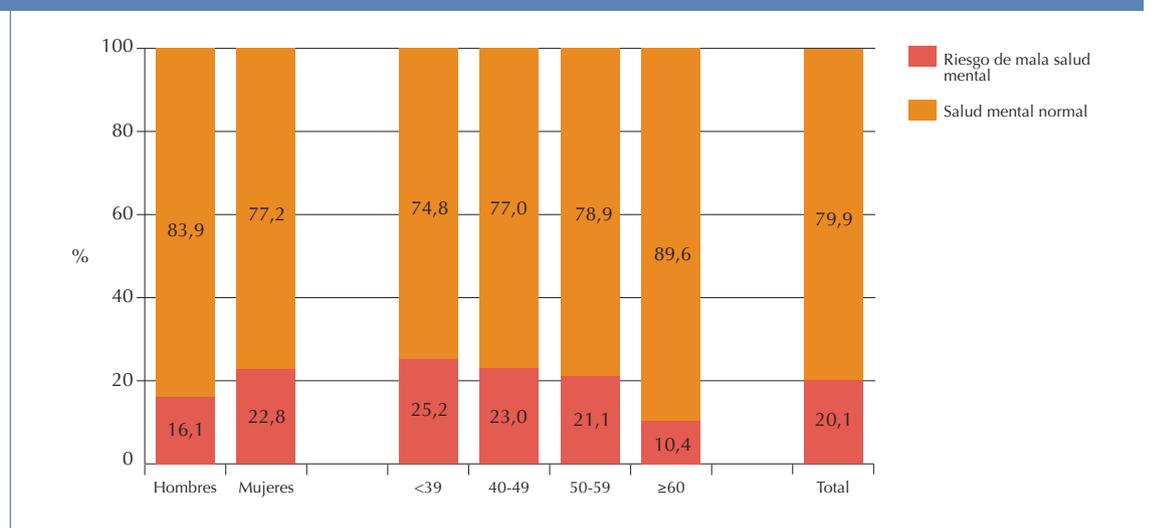
El hecho de vivir en familias con hijos (en pareja o monoparentales) incrementa la posibilidad de padecer más cansancio y estrés. Por otro lado, hay más riesgo entre los trabajadores del sector público que entre los del privado.

## 6.5. Salud mental

Para aproximarnos al conocimiento del estado de salud mental de los pediatras se ha utilizado el General Health Questionnaire de 12 ítems (GHQ-12). Se trata de un instrumento de cribaje de salud mental ampliamente utilizado para detectar disfunciones psicológicas actuales y diagnosticables. En este estudio se ha considerado que las personas entrevistadas con una puntuación superior a 2 (en la escala de 12) presentan sufrimiento psicológico o riesgo de sufrir algún tipo de trastorno mental.

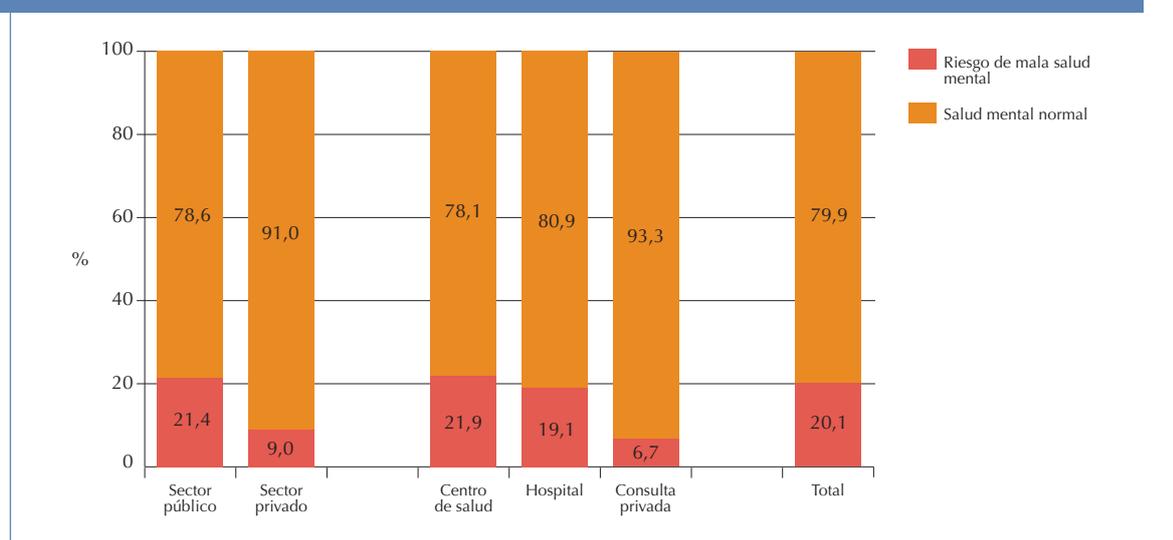
Los resultados apuntan a que un 20% de los pediatras tiene algún riesgo de sufrir un trastorno mental y que este riesgo es más alto en las mujeres (22,8%) que en los hombres (16,1%). Igualmente, el riesgo de tener una mala salud mental es superior entre los pediatras más jóvenes (una cuarta parte de los profesionales menores de 40 años lo tiene) y se va mitigando a medida que se hacen mayores (10,4% de los mayores de 60 años).

GRÁFICO 6.6. Índice de salud mental según sexo y según edad



Existe un mayor riesgo de padecer una mala salud mental entre los trabajadores del sector público (21%). Si consideramos el centro de trabajo, los profesionales con más riesgo de mala salud mental son los que trabajan en un centro de atención primaria (22%) y los que trabajan en ámbito hospitalario (19%).

GRÁFICO 6.7. Índice de salud mental según sector y según centro de trabajo



El índice de salud mental de los pediatras contrasta con los resultados recogidos por la Encuesta de Salud de Cataluña (ESCA-2012), que registra en población general una prevalencia de mala salud mental más baja (14,4%). Estos mismos datos son inferiores en población con estudios universitarios o perteneciente a la misma clase social que los pediatras, de tal manera que el diferencial entre el grupo de pediatras de la muestra y las personas de su mismo grupo social en población general es muy elevado (v. TABLA 6.4) e implica un mayor riesgo de padecer un trastorno mental por parte de los médicos pediatras.

Sin embargo, existen numerosos estudios (Firth-Cozens, 2001) que demuestran que los profesionales sanitarios acostumbran a dar puntuaciones más altas en el GHQ, o lo que es lo mismo, que tienden a presentar un mayor riesgo de mala salud mental que la población general u otros colectivos profesionales. En este caso, el riesgo que presentan los pediatras es equiparable a los registrados por personal sanitario en otros estudios. Hemos seleccionado, por tratarse de estudios relativamente recientes y en los que se ha utilizado la misma metodología, la *Encuesta de salud, estilos de vida y condiciones de trabajo de los médicos en Cataluña* (2006) y el estudio sobre la *Salud de los residentes de Cataluña* (2008).

**TABLA 6.4.** Población que presenta riesgo de padecer mala salud mental según el GHQ-12. Datos comparativos con población general y otros profesionales sanitarios (%)

	Hombres	Mujeres	Total
Población general con estudios universitarios*	5,8	3,4	7,9
Población general de clase social I*	3,8	6,0	4,8
Médicos MIR en Cataluña**	...	...	30,1
Médicos en ejercicio en Cataluña***	16,2	21,1	18,8
<b>Pediatras</b>	<b>16,1</b>	<b>22,8</b>	<b>20,1</b>

\* Encuesta de Salud de Cataluña 2012.

\*\* Estudio sobre la salud de los médicos residentes de Cataluña, 2008.

\*\*\* Encuesta de salud, estilos de vida y condiciones de trabajo de los médicos en Cataluña, 2006.

## 7. Uso de servicios sanitarios, medicación y prácticas preventivas

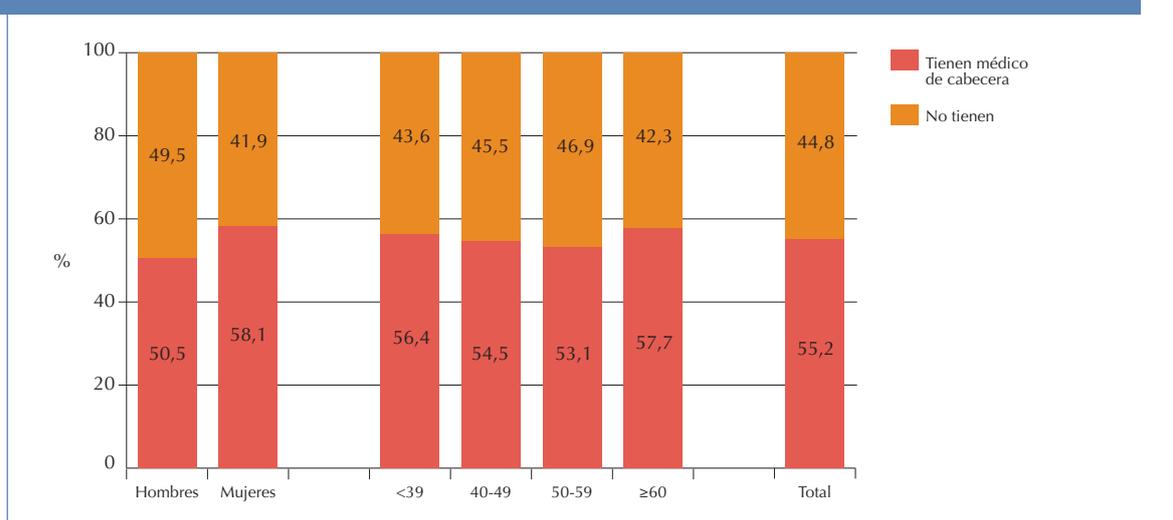
En este apartado se analiza el comportamiento de los pediatras cuando se encuentran enfermos, si tienen médico de referencia o de cabecera o tienden a recurrir a sus propios amigos o colegas, el nivel de consumo de medicamentos y sus costumbres respecto a determinadas prácticas preventivas.

### 7.1. Disponibilidad de médico de cabecera e historia clínica

El sistema sanitario público español, con sus variantes autonómicas, está basado en la asistencia primaria como puerta de entrada a la medicina especializada y al resto de servicios sanitarios, por lo que prácticamente la totalidad de la población española está adscrita a un equipo de atención primaria y a un médico de referencia o de cabecera. En el caso de los médicos, es sabido que tienden a consultar sus problemas de salud con compañeros, amigos o familiares médicos y que descuidan su paso por el sistema careciendo a menudo de un médico de cabecera.

En el caso de los pediatras, un poco más de la mitad manifiesta contar con un médico de referencia o de cabecera. Se trata de una cifra superior a la registrada en la *Encuesta de salud y estilos de vida realizada a médicos de Cataluña* en el 2006, en la que sólo un 28% manifestaba tener un médico de cabecera.

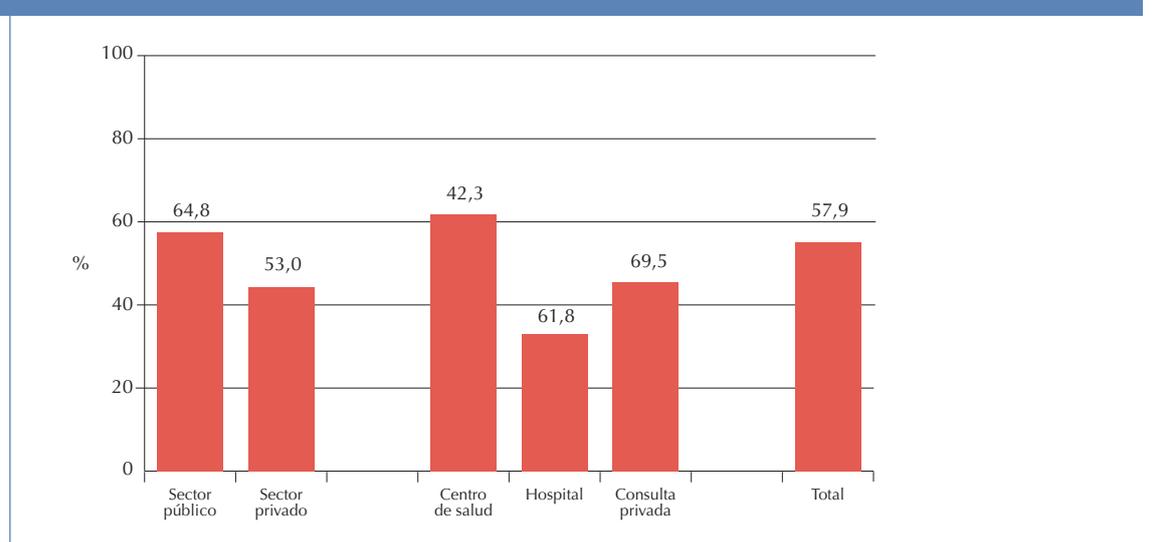
GRÁFICO 7.1. Disponibilidad de médico de cabecera según sexo y según edad



Las mujeres tienen en mayor proporción (58%) que los hombres (50%) un médico de referencia. Por edades no hay diferencias significativas aunque los hombres tienden a tener médico de cabecera en mayor proporción a medida que cumplen años. Cabe suponer que este hecho podría ser debido a la aparición de trastornos crónicos asociados con la edad.

El hecho de trabajar en el sector público y de trabajar en un centro de asistencia primaria favorece contar con un médico de cabecera. Un 62% de los profesionales de un centro de salud lo tiene frente al 46% de los que trabajan en una consulta privada.

GRÁFICO 7.2. Pediatras que tienen médico de cabecera según sector y centro de trabajo



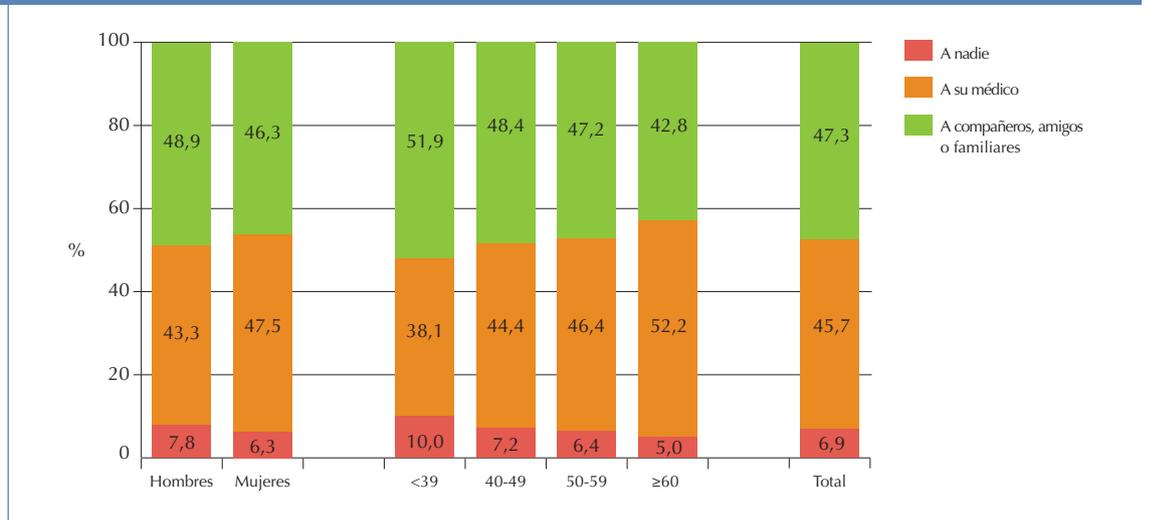
Un 91% de los pediatras que cuentan con un médico o médica de cabecera tiene abierta historia médica con él/ella. La relación con su sexo, edad o centro de trabajo son coincidentes con los resultados expresados en el punto anterior.

## 7.2. Actitud ante problemas de salud propios

Ante la pregunta de a quién acudieron los pediatras la última vez que se encontraron mal, éstos declaran que recurrieron por igual a sus médicos y a compañeros o familiares. Salvo un 6,3% que dice no haber acudido a nadie porque podían tratarse a sí mismos, el resto acude mayoritariamente a su médico de cabecera (27,5%) o directamente a su especialista (17%). En lo que serían consultas informales, un 31% recurre a médicos compañeros de trabajo y en menor medida a amigos o familiares (16,5%).

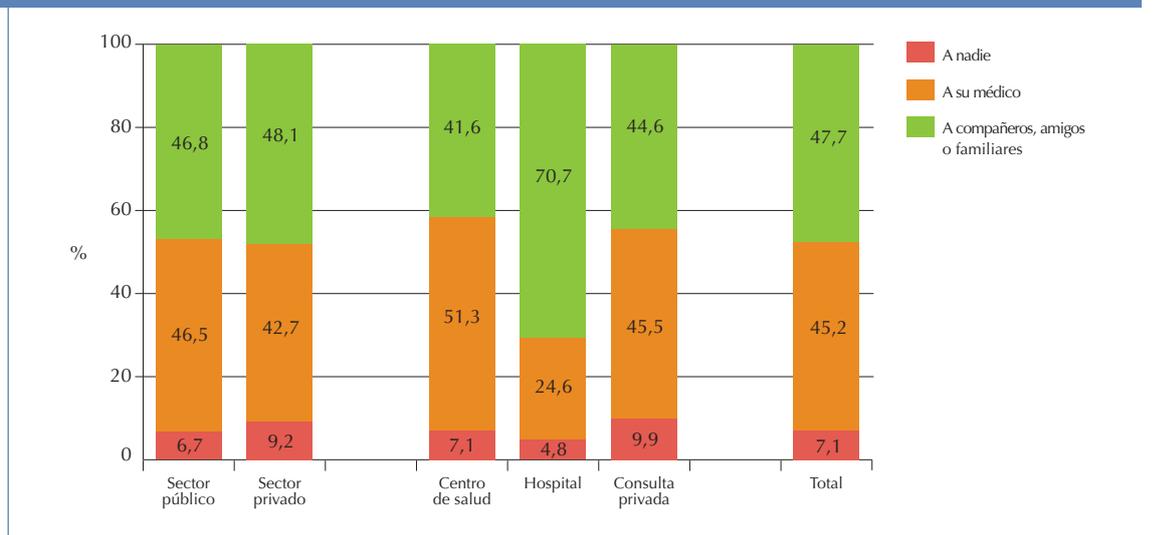
El comportamiento de hombres y mujeres en este aspecto es similar. En cambio, conforme aumenta la edad es más probable que los pediatras acudan a su médico, sobre todo cuando se trata del especialista.

GRÁFICO 7.3. Comportamiento de los pediatras ante una enfermedad según sexo y según edad



No hay diferencia de comportamiento en función del lugar de trabajo. Aunque las personas que trabajan en el sector privado tienden a acudir en mayor medida a su especialista cuando se encuentran mal, hay que considerar que se trata de un grupo de pediatras más envejecido y con más trastornos crónicos por lo que parece lógico que consulte a su médico.

GRÁFICO 7.4. Comportamiento de los pediatras ante una enfermedad según sector y según centro de trabajo



## 7.3. Consumo de medicamentos

Un 80,3% de los pediatras ha tomado algún medicamento en los 15 días anteriores a la encuesta y este porcentaje se mantiene sin diferencias significativas tanto en hombres como en mujeres. Tampoco varía en función de la edad.

Los fármacos más utilizados, a gran distancia del resto, son los analgésicos y antiinflamatorios, tomados por la mitad de los profesionales, un poco más las mujeres (54%) que los hombres (42,7%). En segundo lugar se encuentran los medicamentos para la alergia (tomados por el 15,8% sin diferencias por sexo), los fármacos para el colesterol (tomados por un 19% de hombres y un 8% de mujeres) y vitaminas y minerales (16% de las mujeres frente al 10% de los hombres).

Un 12,8% de los pediatras toma algún tipo de psicofármaco (hipnóticos, ansiolíticos y/o antidepresivos) sin que haya diferencias entre hombres y mujeres.

El hecho de haber tomado algún tipo de medicamento en los últimos 15 días y la ingesta de la mayoría de los medicamentos considerados no tiene relación con la edad. Los únicos medicamentos cuyo consumo aumenta con la edad son los reguladores del colesterol y los incluidos dentro del epígrafe de “otros medicamentos”, vinculados a los trastornos propios de cada persona. En cambio la toma de antiinflamatorios y analgésicos tiende a reducirse con la edad.

TABLA 7.1. Medicamentos que los pediatras han tomado en los últimos 15 días según sexo y según edad (%)

	Hombres	Mujeres	<39	40-49	50-59	≥60	Total
Para el colesterol	19,4	8,3	0,6	1,9	16,7	29,1	13,0
Para la alergia	14,6	16,6	17,3	18,6	17,9	6,9	15,7
Hipnóticos	4,6	3,3	3,7	2,7	4,5	3,9	3,8
Antiinflamatorios y analgésicos	42,7	54,0	54,9	60,1	47,7	34,5	49,4
Antibióticos	7,4	8,4	9,3	8,5	7,6	7,4	8,0
Tranquilizantes	7,2	7,0	4,3	7,4	7,8	7,4	7,0
Vitaminas o minerales	10,3	16,2	18,5	10,9	14,4	12,8	13,8
Antidepresivos	3,8	5,0	4,9	2,7	5,6	4,4	4,5
Otros medicamentos	31,2	22,8	14,2	22,1	29,3	35,5	26,2
<b>Toman algún medicamento</b>	<b>78,9</b>	<b>81,5</b>	<b>81,5</b>	<b>77,9</b>	<b>80,8</b>	<b>82,3</b>	<b>80,3</b>

Un 45% de los pediatras ha tomado exclusivamente medicamentos por propia iniciativa, sin que hayan sido prescritos por otro médico, un 19,5% se medica únicamente por prescripción de otro médico y un 15% combina la ingesta de fármacos tomados por propia iniciativa y los prescritos. El 20% restante no ha tomado ningún medicamento.

Este comportamiento no registra variaciones entre hombres y mujeres ni por edades, aunque hay más probabilidades de tomar medicación prescrita conforme aumenta la edad.

GRÁFICO 7.5. Medicamentos tomados por propia iniciativa o por prescripción médica según sexo y según edad



La comparación con población general perteneciente al mismo grupo social que los pediatras (ENSE-2012) muestra que éstos son mayores consumidores de fármacos. Un 54,3% de la población adulta española perteneciente a la clase social I ha tomado algún medicamento en los 15 días anteriores a la encuesta (50,9% los hombres y 57,9% la mujeres) frente al 80% de los pediatras.

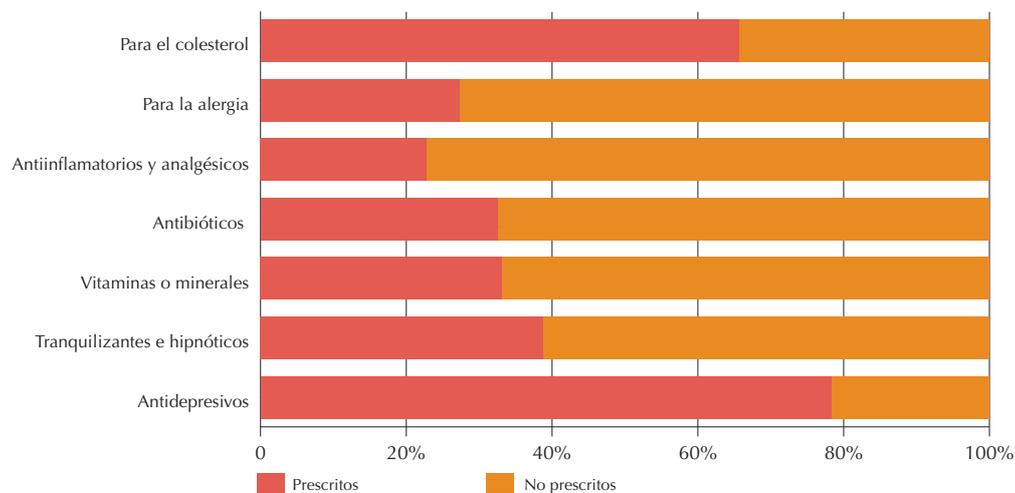
Por medicamentos, el consumo de los pediatras sigue pautas muy parecidas a las de la población general española perteneciente a su mismo grupo social. Sólo presentan diferencias relevantes los medicamentos para la alergia y los analgésicos a los que los pediatras recurren en mayor medida. Destaca también el consumo de tranquilizantes por parte de las mujeres españolas de clase alta que supera de manera significativa el de las pediatras.

**TABLA 7.2.** Medicamentos tomados durante los últimos 15 días según sexo. Comparación pediatras y población general CSE I (%)

	Pediatras				Población general CSE I		
	Hombres	Mujeres	Total		Hombres	Mujeres	Total
Para el colesterol	19,4	8,3	13,0	Medicamentos para bajar el colesterol	18,8	11,6	15,1
Para la alergia	14,6	16,6	15,7	Medicamentos para la alergia	6,5	7,6	7,0
Antiinflamatorios y analgésicos	42,7	54,0	49,4	Medicinas para el dolor	34,8	49,7	42,5
Antibióticos	7,4	8,4	8,0	Antibióticos	5,0	5,8	5,4
Vitaminas o minerales	10,3	16,2	13,8	Reconstituyentes (vitaminas, minerales, tónicos)	9,6	13,4	11,5
Tranquilizantes e hipnóticos	10,8	9,6	10,1	Tranquilizantes, relajantes, pastillas para dormir	9,2	16,5	13,0
Antidepresivos	3,8	5,0	4,5	Antidepresivos, estimulantes	1,6	6,1	3,9
Han tomado algún medicamento	78,9	81,5	80,3	Han tomado algún medicamento	50,9	57,9	54,3

La mayoría de los fármacos analizados en el cuestionario se toman por iniciativa propia, destacando especialmente los analgésicos. Los más recetados por otro médico son los medicamentos para el colesterol y los antidepresivos.

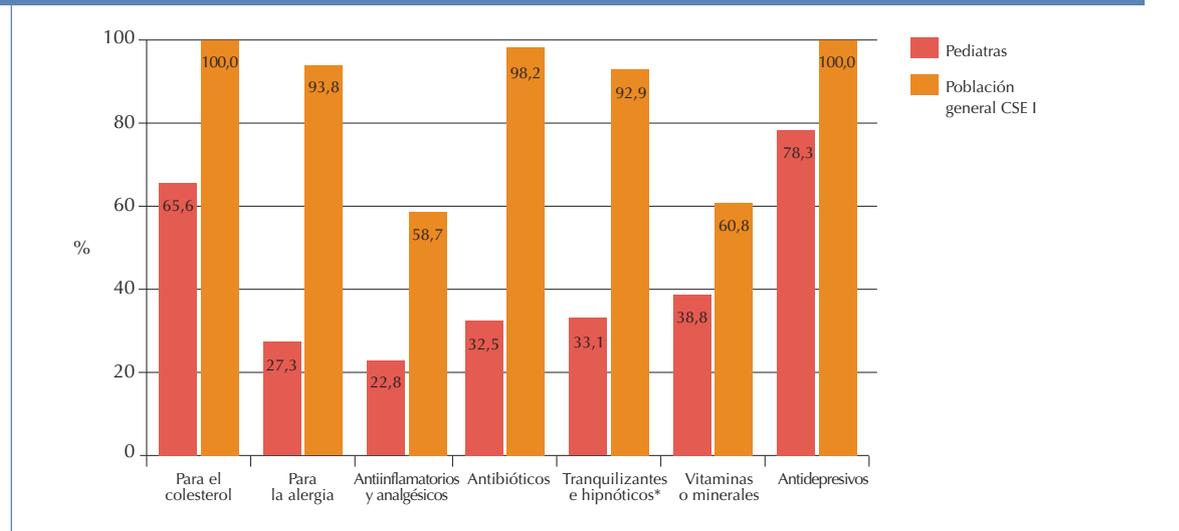
**GRÁFICO 7.6.** Medicamentos tomados durante los últimos 15 días según hayan sido o no prescritos por otro médico



La salud, los estilos de vida y las condiciones de trabajo de los pediatras en España

Estos niveles de automedicación están muy por encima de los que presenta la población general del mismo grupo social que los pediatras en todos los medicamentos analizados. Los que presentan una mayor divergencia son los medicamentos para la alergia, los antibióticos y los tranquilizantes.

GRÁFICO 7.7. Personas que han tomado medicamentos prescritos en los últimos 15 días. Comparación pediatras y población general CSE I

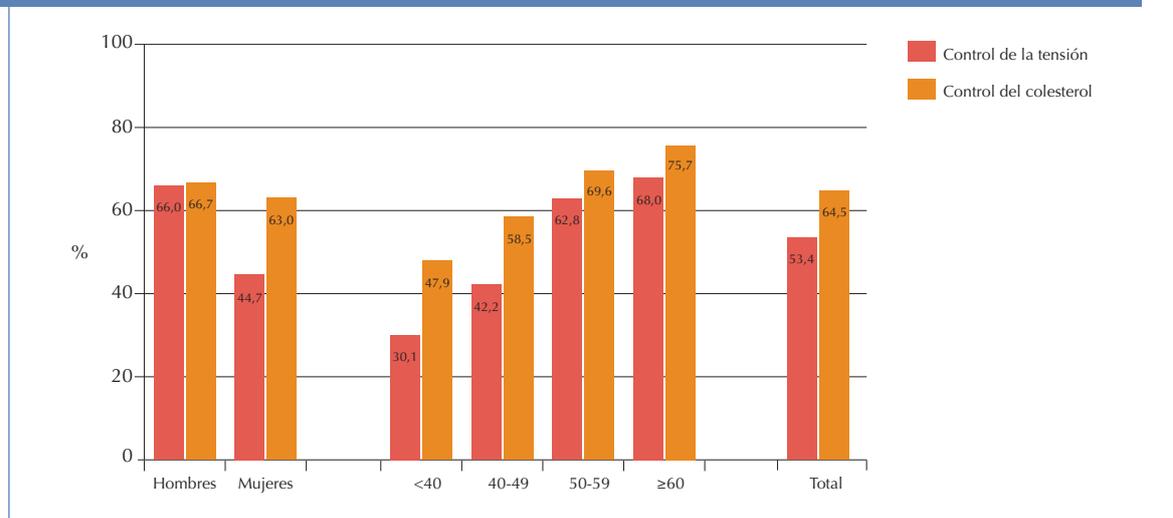


## 7.4. Prácticas preventivas (vacuna de la gripe, control del colesterol y de la tensión)

La mayoría de los pediatras realiza las prácticas preventivas contempladas en el cuestionario (control de la tensión y del colesterol y vacunarse contra la gripe). Se vacunan contra la gripe el 62% de los pediatras, sin que haya diferencias por sexos. Un 64,7% se controla periódicamente el colesterol, igualmente sin diferencias entre hombres y mujeres.

La tensión arterial se la miden de manera periódica un 53,5% de los profesionales, aunque en este caso lo hacen en mayor proporción los hombres que las mujeres, un 66% y un 45% respectivamente. Como hemos visto, la prevalencia de la hipertensión es superior en hombres, lo que explicaría este dato junto al hecho de que la población masculina de pediatras está más envejecida que la femenina.

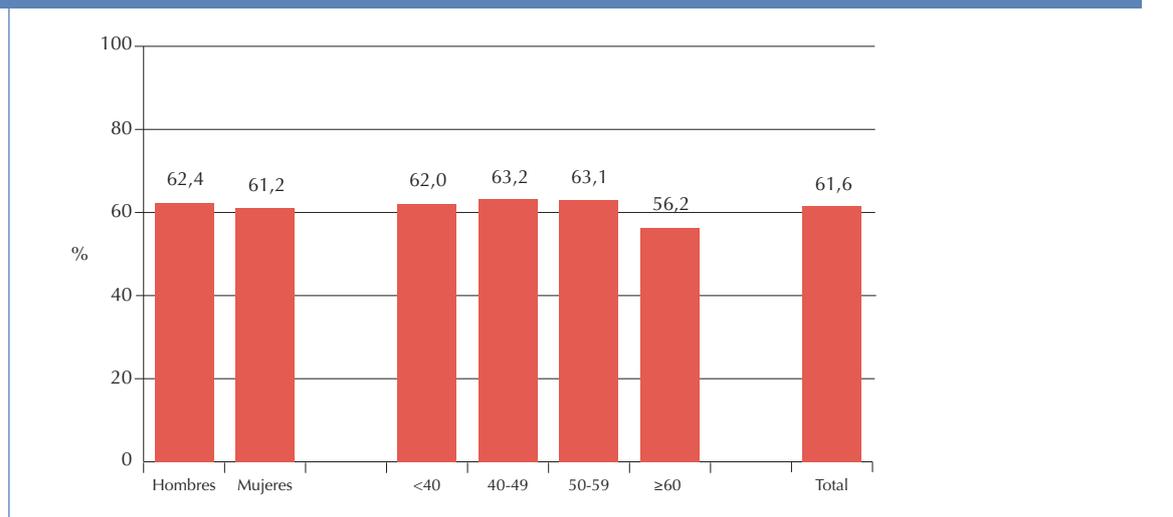
GRÁFICO 7.8. Pediatras que se controlan periódicamente la tensión y el colesterol según sexo y según edad



Efectivamente, la edad sí que es un factor que marca diferencias respecto a esta práctica. A más edad, más pediatras se controlan de manera periódica la tensión y el nivel de colesterol en sangre.

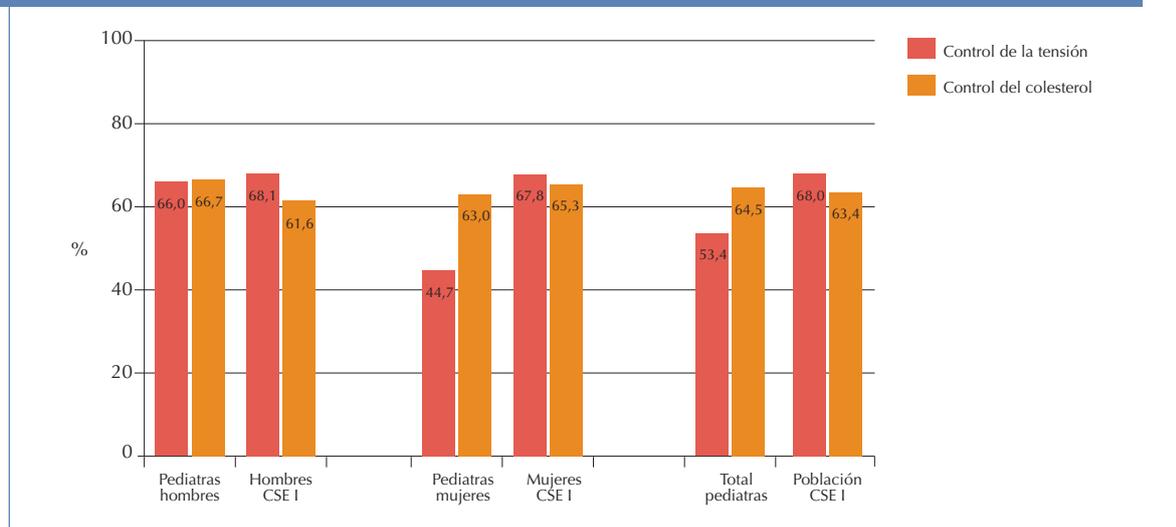
En cambio, la edad no influye apenas en ponerse la vacuna de la gripe, ya que las diferencias no tienen relevancia estadística. Se vacunan dos terceras partes de los pediatras independientemente de su sexo o edad.

GRÁFICO 7.9. Pediatras que se ponen la vacuna de la gripe según sexo y según edad



Aunque la ENSE plantea este tema, las preguntas no son estrictamente comparables por lo que se ha tomado como referencia la ESCA-2012. Sus resultados muestran que los pediatras se controlan la tensión y el colesterol en mayor proporción que la población general perteneciente a su mismo grupo social.

GRÁFICO 7.10. Control periódico de la tensión y del colesterol. Comparación pediatras y población general CSE I



Si consideramos las condiciones de trabajo de los pediatras, vemos diferencias en cuanto a las prácticas preventivas que realizan, aunque éstas están más vinculadas a la composición demográfica que a las propias condiciones laborales.

Los profesionales que trabajan por su cuenta o en el sector privado se ponen en menor proporción la vacuna de la gripe de manera habitual. En cambio son más los que se hacen controles de tensión o de colesterol, probablemente, porque se trata de un colectivo más envejecido.

## 8. Valoración del ejercicio profesional y la relación con los pacientes

En este apartado se presentan los resultados de una serie de preguntas planteadas a los pediatras sobre diversos temas relacionados con el ejercicio de su profesión que pueden facilitar o dificultar su trabajo y la relación con los pacientes.

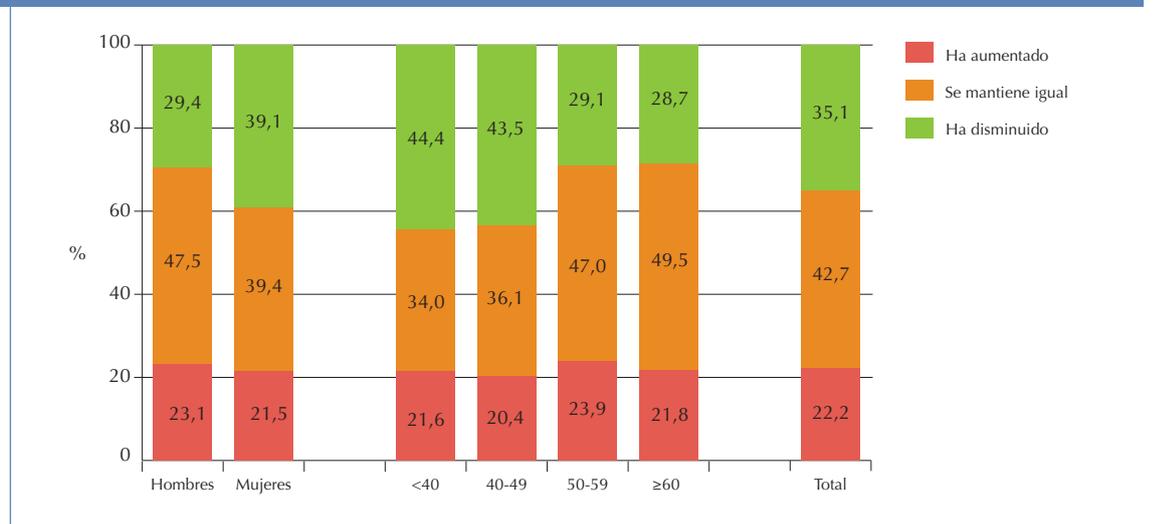
Concretamente se han valorado la percepción social del pediatra, el nivel de coordinación de los pediatras con otros profesionales sanitarios del centro o zona en que trabajan; la relación de sus pacientes con Internet y cómo este medio de búsqueda de información sobre salud puede ayudar o entorpecer la labor del pediatra; y por último se han añadido unas preguntas, muy genéricas, sobre la repercusión de la actual situación económica en su trabajo y en sus pacientes.

### 8.1. La credibilidad social del pediatra

Existe entre los propios pediatras la sensación de que su trabajo no está valorado por las familias en todas sus dimensiones tal y como sucedía tradicionalmente. Por ello se ha planteado una pregunta sobre la evolución de la credibilidad del pediatra en los últimos años. La mayoría cree que ésta no ha sufrido variaciones, un 22% opina que ha aumentado y un 35% que ha disminuido.

Las mujeres son las que más perciben una disminución del valor social de la pediatría (un 39% cree que su credibilidad ha disminuido frente al 29,4% de los hombres) y, como dato interesante, se puede observar que esta sensación de pérdida de credibilidad aumenta a medida que disminuye la edad de los pediatras. Un 44% de los pediatras menores de 40 años cree que su credibilidad ha disminuido en los últimos años frente al 28,7% que opina lo mismo entre los pediatras mayores de 60 años.

GRÁFICO 8.1. Opinión sobre la evolución de la credibilidad del pediatra según sexo y según edad

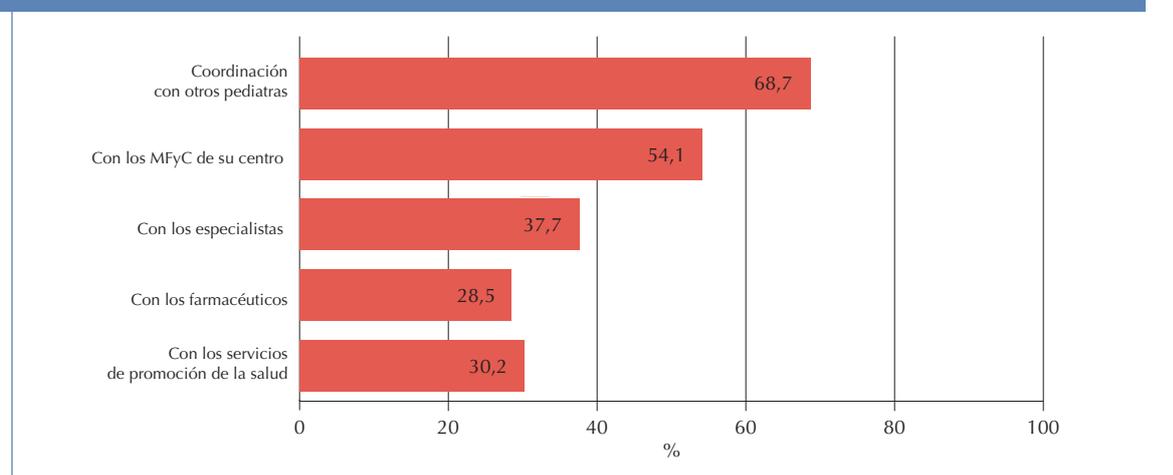


Por sectores de actividad o tipo de centro de trabajo no se detectan diferencias significativas, aunque en general los profesionales que trabajan en el sector privado tienen una percepción más positiva de su reconocimiento social.

## 8.2. Coordinación con otros profesionales y niveles sanitarios

En general, los pediatras valoran positivamente (con una nota media de 7,2) el nivel de coordinación que tienen con otros pediatras de su entorno. De hecho un 68,8% otorga a esta coordinación una puntuación entre 7 y 10 en una escala del 1 al 10. Por otra parte, un 14,5% otorga un suspenso a esta coordinación y un 3,6% declara no tener otros pediatras en su centro o zona de trabajo.

GRÁFICO 8.2. Pediatras que están bastante o muy satisfechos con el nivel de coordinación existente con diversos servicios o profesionales sanitarios de su entorno



Las mujeres valoran este aspecto un poco mejor que los hombres y por edad no hay diferencias. Por sectores o centro de trabajo, los profesionales que mejor valoran el nivel de coordinación existente entre pediatras son los que trabajan en el sector público y, concretamente, en centros de atención primaria. Estos últimos le dan una nota media de 7,4 frente al 5,7 que otorgan los que trabajan en una consulta privada.

**TABLA 8.1.** Pediatras que están bastante o muy satisfechos con el nivel de coordinación existente con diversos servicios o profesionales sanitarios de su entorno según sexo y según edad (%)

	Hombres	Mujeres	<39	40-49	50-59	≥60	Total
Coordinación con otros pediatras	66,1	70,3	67,5	68,4	71,3	64,9	68,7
Coordinación con los MFyC de su centro	52,4	55,2	50,6	51,0	58,9	51,2	54,1
Coordinación con los especialistas	37,5	37,7	47,2	36,3	33,3	42,6	37,7
Coordinación con los farmacéuticos	31,7	26,1	24,3	19,6	27,8	44,8	28,5
Coordinación con los servicios de promoción de la salud	28,0	31,6	28,8	24,2	30,7	39,0	30,2

La coordinación con los médicos de familia registra una valoración más baja (un 6,3 sobre 10 de nota media). Sólo un 54% puntúa este aspecto con 7 puntos o más y un 22,7% lo suspende. En este aspecto no hay diferencias significativas ni por sexo, ni por edad ni por centro de trabajo. Sí que los pediatras que trabajan en centros de atención primaria lo valoran un poco mejor que los que trabajan en otros centros pero no se trata de diferencias significativas.

La coordinación con los especialistas adscritos al centro o zona donde trabajan los pediatras tiene una valoración baja, un aprobado justo (5,4 puntos de media). Sólo un 11,6% le da un notable o un sobresaliente y más de la tercera parte de los pediatras otorga un suspenso a la coordinación existente con otros niveles asistenciales. Por otra parte, una cuarta parte de los pediatras no responde a esta pregunta por no tener ninguna relación con especialistas. Las dificultades de los pediatras de primaria para relacionarse con los especialistas y la dificultad de hacer un seguimiento de los pacientes una vez que éstos cambian de nivel asistencial es una queja expresada a menudo por los pediatras.

**TABLA 8.2.** Pediatras que están bastante o muy satisfechos con el nivel de coordinación existente con diversos servicios o profesionales sanitarios de su entorno según sector y según centro de trabajo (%)

	Sector de actividad		Centro de trabajo			Total
	Público	Privado	Centro de salud	Hospital	Consulta privada	
Coordinación con otros pediatras	70,0	55,0	70,0	78,4	70,0	68,6
Coordinación con los MFyC de su centro	54,0	47,9	54,0	70,3	54,0	54,0
Coordinación con los especialistas	35,7	51,8	35,7	70,6	35,7	37,6
Coordinación con los farmacéuticos	25,0	49,5	25,0	39,4	25,0	28,4
Coordinación con los servicios de promoción de la salud	29,2	31,4	29,2	50,0	29,2	30,2

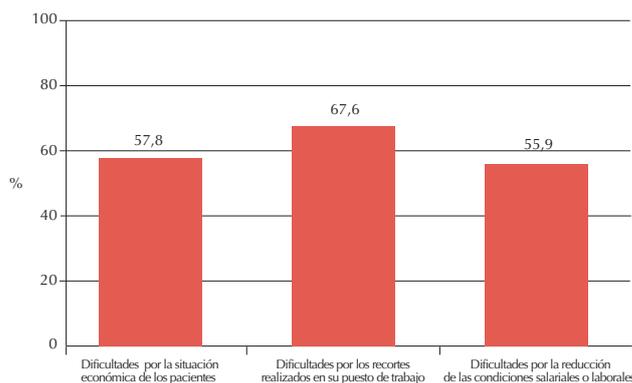
Por último, la coordinación de los pediatras con los farmacéuticos o con los servicios de promoción de la salud es valorada negativamente. Alrededor de un 45% otorga un suspenso a la coordinación con estos colectivos: un 4,7 (farmacéuticos) y un 5 (servicios de promoción de la salud) sobre diez.

En ninguno de los dos casos hay diferencias por sexo y por edad. Por sectores de actividad, los pediatras que trabajan en una consulta privada tienen una mejor coordinación con los farmacéuticos de la zona que los pediatras del sector público.

### 8.3. Repercusión de la crisis en el ejercicio de la profesión

No es objeto de este estudio analizar en profundidad las consecuencias de la situación económica del país y su afectación en los pacientes en el quehacer diario del pediatra y en el ejercicio de su profesión, puesto que ya han empezado a surgir aportaciones que se aproximan al tema (Rajmil, 2013) de manera específica en nuestro país. No obstante se han planteado tres preguntas muy genéricas sobre cómo afecta a los pediatras la situación económica de las familias de sus pacientes, los recortes eventualmente realizados en sus centros de trabajo y el posible deterioro de sus condiciones laborales y salariales.

**GRÁFICO 8.3.** Pediatras que ven dificultado su ejercicio profesional por diversos motivos relacionados con la crisis



En relación con el primero de estos temas, un 58% de los pediatras considera que la situación económica de las familias puede interferir negativamente en su trabajo aunque un 19% no está en absoluto de acuerdo. Esta situación está valorada con una media de 6,7 en una escala del 1 al 10.

Los hombres perciben este hecho en mayor medida que las mujeres y los profesionales mayores de 60 años más que los más jóvenes. Sin embargo, estas características demográficas corresponden en gran medida a los pediatras que trabajan en el sector privado, que son los que presentan un mayor grado de acuerdo en que la pérdida de capacidad adquisitiva de la población incide en su actividad, probablemente por una eventual pérdida de clientes. Los pediatras del sector público que están de acuerdo o muy de acuerdo con que la situación económica de las familias les afecta negativamente representan un 56% mientras que los pediatras del sector privado que lo creen son un 69%.

Los recortes realizados en los centros de trabajo suponen una dificultad para el ejercicio profesional del 67,6% de los pediatras y valoran el grado de dificultad en un 7,2 en una escala del 1 al 10.

En este caso, son los pediatras que trabajan en el sector público los que más puntúan esta dificultad, un 7,3 frente al 6,5 con que la valoran los que trabajan en el sector privado. Sin embargo, se trata de una diferencia poco relevante por la gran variabilidad interna de las opiniones de los pediatras del sector privado.

**TABLA 8.3.** Pediatras que ven bastante o muy dificultado su ejercicio profesional debido a la situación económica de sus pacientes según sexo y según edad (%)

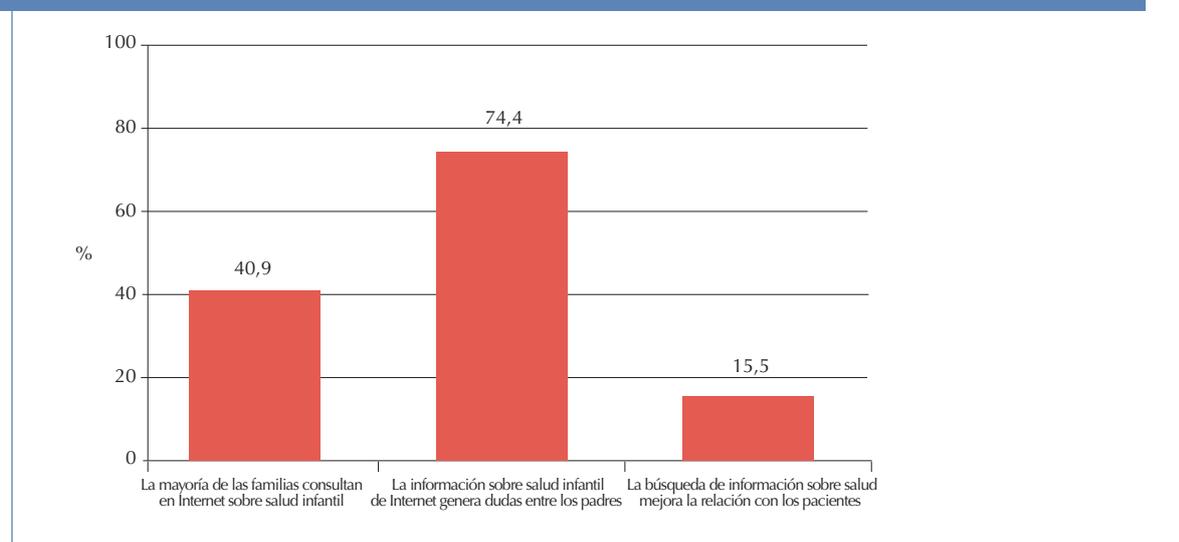
	Hombres	Mujeres	<39	40-49	50-59	≥60	Total
Dificultades por la situación económica de los pacientes	62,7	54,2	60,1	57,0	55,9	60,7	57,8
Dificultades por los recortes realizados en su puesto de trabajo	69,2	66,4	78,3	68,9	64,2	63,7	67,6
Dificultades por la reducción de las condiciones salariales o laborales	57,6	54,9	60,5	57,7	54,1	53,2	55,9

Finalmente, el empeoramiento de las condiciones salariales y laborales ha supuesto una dificultad grande o muy grande al 55,9% de los pediatras, que valoran esta dificultad con 6,6 puntos sobre 10. No hay diferencias significativas por sexos ni por edades, aunque los pediatras más jóvenes son los que parecen más afectados. Un 60,5% de los menores de 40 años está muy de acuerdo en que la rebaja de sus condiciones de trabajo les afecta en su ejercicio profesional, frente al 53,2% de los pediatras mayores de 60 años que opina lo mismo. Y esto, independientemente del sector o el tipo de centro en que trabajen.

## 8.4. Opinión sobre el uso de Internet por parte de los pacientes

La accesibilidad a la información sobre salud que representa Internet constituye un nuevo elemento de la consulta clínica que puede repercutir en las relaciones médico-paciente. Se ha planteado en este estudio hasta qué punto los pediatras han de enfrentarse a este fenómeno y cómo lo perciben.

GRÁFICO 8.4. Pediatras que están de acuerdo con diversas opiniones sobre el uso de Internet por parte de los padres para informarse sobre salud infantil



Un 41% de los pediatras está bastante o muy de acuerdo con que “la mayoría de las familias de sus pacientes consultan en Internet sobre salud infantil” y una cuarta parte no está de acuerdo con esta afirmación, Así pues, se trata de una práctica mayoritaria pero no tan extendida como podría esperarse.

En cuanto a los efectos de esta práctica sobre el trabajo del pediatra o la relación con sus pacientes predomina una percepción negativa. Por una parte, un 74% de los pediatras opina que “la información sobre salud infantil que se encuentra en Internet genera dudas entre los padres” y un 84,5% está bastante o muy en desacuerdo con la afirmación “la búsqueda de información sobre salud por parte de las familias mejora su relación con los pacientes”.

En definitiva, se percibe el recurso a Internet como un elemento generador de dudas en los padres y que, en el mejor de los casos, no favorece una relación más fluida con las familias.

**TABLA 8.4.** Pediatras que están bastante o muy de acuerdo con diversas opiniones relacionadas con el uso de Internet por parte de las familias de sus pacientes (%)

	Hombres	Mujeres	<39	40-49	50-59	≥60	Total
La mayoría de las familias consultan en Internet sobre salud infantil	41,2	40,8	53,7	43,3	37,6	34,2	40,9
La información sobre salud infantil de Internet genera dudas entre los padres	74,7	74,2	85,7	76,8	71,2	68,8	74,4
La búsqueda de información sobre salud mejora la relación con los pacientes	18,2	13,7	14,9	13,0	16,9	16,4	15,5

Estas opiniones no varían de manera significativa en función del sexo, de la edad o del centro de trabajo de los profesionales. Destaca únicamente el hecho de que los pacientes de médicos privados parece que consultan más Internet en relación con la salud de sus hijos. Un 54% de los pediatras del sector privado opina que la mayoría de familias consultan Internet frente al 38,8% de los pediatras del sector público. Por otra parte, la opinión de que Internet genera dudas entre los pacientes es sostenida en mayor proporción por los pediatras más jóvenes: un 85,7% de los menores de 40 años está bastante o muy de acuerdo con esta afirmación frente al 68,8% de los mayores de 60 años.

## 9. Principales resultados

En este apartado se presentan los principales resultados de este informe. A nivel general conviene destacar que el colectivo estudiado, representativo del conjunto de los pediatras españoles, está muy feminizado y presenta diferencias importantes de edad entre hombres y mujeres, siendo éstas más jóvenes. Está integrado mayoritariamente por trabajadores asalariados que ejercen en la atención primaria del sistema público de salud, pero también están representados los que ejercen en el sector privado y en hospitales o servicios de emergencias.

Tanto su estructura demográfica como sus condiciones de trabajo se interrelacionan y condicionan sus hábitos de vida y su estado de salud, así como sus opiniones sobre diversos aspectos del ejercicio profesional. Aspectos que ya han sido desarrollados y que resumimos a continuación.

### 9.1. Características sociodemográficas y familiares

Los pediatras que han participado en la encuesta ejercen en toda España. Todas las comunidades autónomas están representadas en la muestra y, debido a su tamaño poblacional, las que aportan un mayor número son Cataluña, Madrid, Andalucía y la Comunidad Valenciana.

La mayoría de los pediatras han nacido en España, aunque hay un pequeño porcentaje que procede de otros países, especialmente de América Latina. Por su edad, se trata en general de profesionales asentados en nuestro país.

#### *Colectivo en proceso de feminización: más mujeres y más mujeres jóvenes*

La especialidad de pediatría está experimentando una feminización creciente, fenómeno que en este estudio se refleja en la presencia de una mayor proporción de mujeres y en que éstas son más jóvenes. La pirámide de sexo y edad indica que en los últimos años entra en esta especialidad aproximadamente el doble de mujeres que de hombres.

### *Nivel de formación elevado: especialistas con subespecialidades y doctorado*

El nivel de formación de este colectivo médico es elevado. Prácticamente todos tienen la especialidad de pediatría, a la que hay que sumar que una tercera parte disponen de alguna subespecialidad. También un tercio de ellos ha finalizado o está realizando el doctorado.

### *Entorno familiar muy estructurado*

Los pediatras viven en familias consolidadas con su pareja. La mayoría tiene hijos y no tenerlos se relaciona con su edad y con el momento del ciclo vital en que se encuentran, es decir o aún no los han tenido, en el caso de los jóvenes, o ya se han emancipado, en el caso de los mayores. Los pediatras que viven solos o que no viven en pareja representan alrededor de un 10%.

### *Las mujeres soportan una mayor carga de trabajo doméstico*

La distribución de las tareas domésticas entre los miembros del hogar mantiene en este colectivo el modelo de división sexual del trabajo aunque con tendencia a un modelo de reparto igualitario entre la pareja. Este último modelo es más habitual en familias donde la mujer trabaja y tiene un empleo altamente cualificado y remunerado, es decir que pertenece a una categoría socioprofesional elevada, como es el caso de los médicos. Las estrategias de reparto del trabajo doméstico varían en función de la edad, de tal manera que las familias jóvenes, con una mayor carga doméstica debido a la presencia de niños pequeños, requieren de una mayor colaboración de los dos miembros de la pareja, mientras que entre los pediatras de más edad, son mayoría las familias en que son las mujeres las encargadas en exclusiva de estas tareas.

Sin embargo, a pesar de la colaboración de la pareja y de contar con personas contratadas, siguen siendo las mujeres las principales responsables de estas tareas y les dedican el doble de horas que los hombres, incrementando de manera notable su jornada laboral sobre todo en los grupos de edad hasta los 50 años. Es en estas edades cuando las cargas laborales y las cargas domésticas son más potentes y afectan más a las mujeres. Hay estudios que demuestran que esta situación, por un lado, añade factores de riesgo sobre la salud física y psíquica de las mujeres profesionales (manifestada en cansancio, dolor y estrés) y, por otro lado, afecta a sus expectativas profesionales. La necesidad de conciliar la vida profesional y doméstica es uno de los factores que determinan la orientación de la carrera profesional y la elección del puesto de trabajo, basándose más en los horarios o en la facilidad de compaginar tareas que en las posibilidades de un desarrollo profesional o de promoción a puestos de mando.

### *Satisfacción con su vida familiar y social pero no tanto con su disponibilidad de tiempo libre*

Los pediatras presentan un nivel de satisfacción muy elevado con su relación de pareja, su entorno familiar y su círculo de amistades. Alrededor del 90% así lo afirma. El aspecto que recoge peores valoraciones es su disponibilidad de tiempo libre. Menos de la mitad considera que tiene tiempo suficiente para dedicarlo a sus intereses personales o para descansar. Las mujeres y los pediatras más jóvenes, coincidiendo con el período en que las familias tienen niños pequeños y la situación laboral aún no está consolidada, son los

que manifiestan tener menos tiempo personal. Esta falta de tiempo se asocia (sin establecer una relación de causa-efecto) a una menor satisfacción con el trabajo y a incrementar los factores de riesgo psicosocial.

## 9.2. Entorno laboral y condiciones de trabajo

Los pediatras conforman un colectivo bastante homogéneo en lo que respecta a su puesto de trabajo. La mayoría trabaja en atención primaria del sistema público de salud, aunque hay pequeños grupos que trabajan en el sector privado y concertado y en centros de trabajo como hospitales o servicios de emergencia. Las condiciones de trabajo difieren en función del lugar en que trabajan y de otros factores que interrelacionan con el sexo y la edad.

### *Asalarización de la profesión, sobre todo entre las mujeres*

Las mujeres y los hombres pediatras presentan unas condiciones de trabajo diferentes. En general, la mayoría de los pediatras trabaja en el sistema sanitario público y, concretamente, en centros de atención primaria. Sin embargo, las mujeres son prácticamente todas asalariadas mientras que los hombres tienen una mayor diversidad de situaciones y una mayor presencia en centros privados o en hospitales. También hay más hombres que cuentan con más de un trabajo y que combinan su trabajo en el sector público con actividades médicas o docentes en el sector privado, de tal manera que no llegan a la mitad los pediatras que trabajan exclusivamente en el sector público frente al 80% de las mujeres. De hecho, de los datos cabría deducir que las consultas privadas abiertas mayoritariamente por hombres, que en este estudio tienen edades avanzadas, están siendo substituidas, entre las generaciones más jóvenes, por la posibilidad de combinar el trabajo en los dos sectores por la vía asalariada y la realización de más de un trabajo.

Así pues, se confirma la tendencia a la asalarización de este colectivo, fenómeno común, con diferencias según las especialidades, a la que está experimentando toda la profesión médica y que se suele asociar a su feminización (Arrizabalaga, 2009).

### *Contratos temporales en un contexto de estabilidad laboral*

La mayor parte de los pediatras tiene contratos de trabajo fijos o son funcionarios o estatutarios. Sin embargo se mantiene un grupo de trabajadores con contratos temporales o interinos que asciende a un 17%. Esta situación de precariedad laboral afecta más a las mujeres y a los profesionales más jóvenes pero se mantiene, aunque en menor proporción, en todas las edades, y se produce tanto en el sector privado como en el público. Es verdad que la inestabilidad en el sector público se produce principalmente por la presencia de interinos, que cuentan con mayores garantías de continuidad en el puesto de trabajo. No obstante, en las circunstancias actuales de reducción presupuestaria, la percepción de inestabilidad en el trabajo se amplía. Esta percepción (medida a través del grado de acuerdo con la frase “Mi situación laboral es insegura”) afecta a un 21% de los profesionales y no sólo a los que tienen contratos temporales. Una cuarta parte de estos percibe su situación como insegura o muy insegura pero también una tercera parte de los que trabajan por su cuenta e incluso un 7% de los que tienen contrato fijo.

Los efectos de la precariedad laboral sobre la salud dependen de múltiples factores como el entorno social y profesional, la resiliencia de las personas y sus expectativas profesionales pero suelen asociarse a problemas psicológicos y de autoestima y a más bajos niveles de satisfacción con el trabajo. En el marco de esta encuesta no se pueden extraer conclusiones por lo reducido de la submuestra, pero los trabajadores con contrato temporal presentan más riesgos psicosociales en todas las dimensiones excepto en el apoyo de los compañeros.

#### *Pocas perspectivas de promoción entre los profesionales de la atención primaria*

Un 16% de los pediatras tiene cargo de mando, pero la mayoría de ellos pertenece al sector privado o trabaja en hospitales. En el sistema público y, concretamente, entre los profesionales de primaria las probabilidades de tener un puesto de mando sólo son del 6%. En la medida en que las mujeres trabajan mayoritariamente en centros de atención primaria, son ellas las que menos acceden a puestos de mando. Por otra parte las posibilidades de promoción percibidas por los pediatras son también bajas. Sólo una cuarta parte cree que tiene alguna y vuelven a ser los que trabajan en servicios de atención primaria del sistema público de salud, mayoritariamente mujeres, los que menos expectativas tienen en este sentido.

Los profesionales que tienen cargo de mando mejoran sus factores de riesgo psicosocial. Tienen una mayor participación en las decisiones de la unidad o del servicio, más control sobre el trabajo, más apoyo de sus superiores y menores exigencias psicológicas.

#### *Horarios inestables y jornadas extensas*

La profesión médica acostumbra a enfrentarse a jornadas desestructuradas y con una gran carga horaria. Alrededor de una tercera parte de los pediatras tiene jornadas de trabajo mal avenidas con la conciliación familiar y los horarios convencionales de la población. Jornadas partidas, horarios deslizantes, turnos, jornadas continuas de media mañana a media tarde, guardias de fin de semana, etc., pueden dificultar la vida social y familiar de estos profesionales.

Por otra parte, los pediatras trabajan una media de 48 horas semanales incluyendo la jornada laboral y las guardias, que son realizadas por una tercera parte de ellos. Los hombres trabajan de media 3 horas más que las mujeres aunque contando las horas de trabajo doméstico, éstas han de enfrentarse a jornadas dos horas más largas, hasta alcanzar las 56 horas semanales de media.

Tanto el número de horas como el tipo de jornada son muy variables y es difícil establecer los factores que las determinan. En los centros de atención primaria es donde se encuentra una mayor homogeneidad de situaciones. Predominan las jornadas continuas de mañana aunque se va imponiendo el horario deslizante, que incluye trabajar alguna tarde a la semana y que afecta más a las mujeres. Las mayores cargas horarias y los tipos de jornada más alejados de la jornada continua se producen entre los pediatras que trabajan en hospitales y entre los que tienen más de un puesto de trabajo, que suman una media de diez horas más de trabajo a la semana.

### *Riesgos psicosociales derivados de la carga de trabajo y de la baja participación en las decisiones comunes*

Los riesgos psicosociales que entraña el ejercicio de la pediatría, medidos a partir del modelo demanda-control-apoyo social, se sitúan alrededor de la puntuación media. Las dimensiones que puntúan más alto son las relacionadas con el apoyo social, el de los compañeros y el de los superiores. La participación en las decisiones colectivas de la unidad y las exigencias psicológicas son las que peor puntúan, aunque siempre rondando la media.

Los factores que más se asocian a los riesgos psicosociales son el sector de actividad, el centro de trabajo en el que se ejerce y el tipo de situación contractual. En cambio, el número de horas trabajadas o trabajar en más de un sitio no marcan diferencias.

Los pediatras que trabajan en el sector público en general y los que trabajan en un centro de atención primaria en particular tienen un menor control sobre el trabajo que realizan, menos participación en las decisiones de la unidad y mayores cargas psicológicas. Los interinos y contratados temporales añaden a estos factores de riesgo un menor apoyo por parte de los superiores.

### *Nivel de satisfacción laboral moderado*

Dos terceras partes de los pediatras están satisfechos con sus condiciones de trabajo y sólo la mitad está satisfecho con su salario, aunque estas opiniones difieren bastante en función del sector, del centro de trabajo y del tipo de contrato. Los pediatras del sector público que trabajan en atención primaria están menos satisfechos, tanto con las condiciones de trabajo como con el salario, que los que trabajan en el sector privado y en consultas particulares. No es posible establecer relaciones de causa-efecto pero los pediatras menos satisfechos son los que presentan unos factores de riesgo psicosocial más negativos.

## 9.3. Estilos de vida determinantes de la salud

Los estilos de vida de los pediatras son en general saludables en lo que respecta al consumo de tabaco y de alcohol o a la práctica de actividad física aunque duermen menos horas de las recomendadas por la OMS. El sexo y la edad de los profesionales establecen diferencias importantes en sus hábitos relacionados con la salud.

### *Hábitos de vida más saludables entre las mujeres que entre los hombres*

Se suele decir y hay estudios que lo corroboran que los profesionales de la salud no practican en sus vidas cotidianas los consejos que han de transmitir a sus pacientes para garantizarles una buena calidad de vida. En el caso de los pediatras, sus hábitos respecto al ejercicio físico y al consumo de tabaco y alcohol pueden calificarse de saludables.

Hacen más actividad física que la población general de su mismo grupo social, incluso con la edad mantienen un ritmo de práctica deportiva muy intenso. El sedentarismo prácticamente no existe en este colectivo.

El porcentaje de fumadores está por debajo del de la población general. Además, los fumadores fuman menos cigarrillos y son más activos ante la posibilidad de dejar de fumar. Al mismo tiempo, los exfumadores llevan más tiempo sin fumar por lo que su condición está más afianzada, siempre en relación con los hábitos de la población general.

El consumo de alcohol también entra dentro de lo recomendable desde el punto de vista de la salud. Los pediatras son bebedores moderados principalmente de cerveza y vino y sus pautas de consumo se extienden a lo largo de todos los días de la semana.

Hay que destacar, sin embargo, que hay un porcentaje de bebedores de riesgo, casi todos hombres, comparativamente elevado. Es más alto que el registrado por la población general pero es similar al de otros colectivos de profesionales médicos. Sería aventurado concluir que los médicos beben más que otros grupos profesionales porque probablemente hay diferencias metodológicas o de estructura sociodemográfica que explicarían estas diferencias, pero sí que es un fenómeno que se detecta en varios estudios y que conviene seguir investigando.

### *Pocas horas de sueño*

Un elemento negativo en lo que se refiere a los hábitos de vida de los pediatras es el tiempo dedicado a dormir. La OMS establece que un adulto debe dormir un promedio de 7 a 8 horas para mantener durante el día un buen estado físico y mental y, aunque este tiempo puede variar según las necesidades de cada persona, se considera que dormir 6 horas o menos puede tener repercusiones en la salud y en la calidad de vida de las personas. La falta de sueño puede producir fatiga, dolores de cabeza y de espalda, depresión, ansiedad, sobrepeso, desarreglos metabólicos y debilitamiento del sistema inmunitario.

Una cuarta parte de los pediatras se encuentra en esta zona de riesgo, es decir duerme 6 o menos horas y la media de horas de sueño se sitúa en 6,9 horas, una menos que la población general de su mismo grupo social. Las pediatras duermen un poco más que los hombres, su media de horas de sueño es de 7 horas, pero también duermen una hora menos que las mujeres de su misma clase social.

La falta de horas de sueño se asocia al número de horas de trabajo semanal (a medida que aumenta la jornada laboral, menos horas se duermen), a tener más de un trabajo y a trabajar en un hospital.

## 9.4. Estado de salud

La salud de los pediatras es, en general, buena y similar a la de la población general aunque destacan, por un lado, la elevada presencia de determinados trastornos crónicos, en general asociados a la edad, y por otro lado, un mayor riesgo de mala salud mental.

Las mujeres, aunque son más jóvenes, tienen peores indicadores de salud que los hombres. Presentan más trastornos crónicos entre los que cabe destacar los relacionados con el dolor de espalda y la ansiedad. También tienen un mayor riesgo de padecer trastornos mentales y mayor propensión a la fatiga.

### *Elevada prevalencia de hipertensión, hipercolesterolemia y sobrepeso entre los hombres*

El estado de salud de los pediatras puede equipararse al de la población general de su mismo grupo social aunque con manifestaciones que denotan una mayor carga psicológica. La prevalencia de trastornos crónicos es similar a la de la población general pero hay que destacar la elevada proporción de pediatras hombres que padecen de hipertensión e hipercolesterolemia, muy por encima de la que presentan las mujeres (lo que se explicaría por ser éstas más jóvenes) pero también muy por encima de las que presentan los hombres españoles de su misma condición social. Se trata de dos trastornos muy vinculados a la edad y a los hábitos de vida, pero en este caso no parece que ambos factores justifiquen por sí solos esta alta prevalencia.

La presencia de hombres con obesidad y sobrepeso es también preocupante. Más de la mitad tiene sobrepeso y un 10% se ha de considerar obeso. Aunque se trata de porcentajes similares a los que presentan los hombres en población general, hay que recordar que se trata de profesionales que saben que el exceso de peso, junto a los trastornos de la tensión y el colesterol, son factores de riesgo para el desarrollo de enfermedades cardiovasculares y metabólicas y pueden llegar a propiciar una menor esperanza de vida.

### *Peores indicadores en la salud y calidad de vida de las mujeres*

Las mujeres tienen en general más trastornos crónicos que los hombres y presentan una mayor prevalencia de trastornos depresivos y de ansiedad, artrosis o artritis, afecciones crónicas de espalda como la hernia discal, trastornos de tiroides, migrañas y alergias. Sin embargo, excepto los trastornos de ansiedad, se trata de prevalencias similares a las que presentan las mujeres en población general de su mismo grupo social.

Además de tener más trastornos crónicos, las mujeres pediatras presentan más manifestaciones de dolor, fatiga y estrés. Aproximadamente la mitad de ellas (entre los hombres son un 38%) puntúa en alguna de estas escalas. El cansancio está muy asociado a las edades de mayor carga reproductiva y se va mitigando con la edad. La presencia de dolor, en cambio, se mantiene en todas las edades y se ha de vincular con las condiciones laborales, sobre todo con la adopción de posturas molestas (en las consultas de primaria, dónde más se declara este problema, los pediatras se ven obligados a sentarse y levantarse cada poco tiempo y a agacharse para auscultar a los niños). De todas maneras, no hay que olvidar que tanto el dolor

como la fatiga pueden ser manifestaciones de circunstancias personales, familiares y profesionales que abarcan una gran variedad de dolencias físicas y psíquicas.

#### *Mayor prevalencia de riesgo de mala salud mental*

Los pediatras presentan un nivel de salud mental peor que el de la población general de su mismo grupo social, y aumenta entre ellos el porcentaje de personas que están atravesando o tienen más riesgo de desarrollar problemas de salud mental. Esta situación es común entre los profesionales de la medicina y otros profesionales sanitarios que, según recogen diversos estudios, presentan unos índices de salud mental similares a los recogidos entre los pediatras. Es evidente que los profesionales de la salud que tienen contacto con pacientes se enfrentan diariamente a situaciones muy diversas que requieren de una gran capacidad de resolución y que conllevan una gran dosis de responsabilidad. Si a ello añadimos la complejidad actual de las organizaciones y la creciente carga asistencial que han de soportar, no es de extrañar que, independientemente de su capacidad de adaptación que tiende a mejorar con la edad, se resienta su salud mental. Una vez más, son las mujeres las más afectadas por esta situación.

#### *Según su propia percepción, el estado de salud de los pediatras es bueno o muy bueno*

En este contexto, sin embargo, la autopercepción de los pediatras, tanto hombres como mujeres, sobre su estado de salud es muy positiva. Más del 90% lo considera excelente, muy bueno o bueno y este porcentaje se mantiene en todos los grupos de edad. Prácticamente no hay pediatras que declaren tener mala salud incluso entre los mayores de 60 años, que como máximo la definen como regular.

Esta percepción de buena salud es similar a la registrada en población general y de alguna manera explícita que la carga de malestar psicológico no es percibida por los profesionales como un problema de salud, bien porque no son conscientes o se han acostumbrado a ella, bien porque han desarrollado mecanismos para su control.

## 9.5. Uso de servicios sanitarios

En comparación con otros profesionales médicos, hay un porcentaje importante de pediatras que dispone de médico/a de cabecera y tiene historia clínica abierta con él o ella, sobre todo a medida que se hacen mayores y empiezan a tener trastornos crónicos. Sus prácticas preventivas son en general correctas pero consumen más fármacos y se automedican más que la población general.

#### *La mitad de los pediatras tiene médico de cabecera e historia clínica; en caso de enfermedad tienden a consultar con colegas*

Diversos estudios, algunos de ellos en nuestro país (Bruguera, 2001, Rohlf, 2006) alertan sobre el hecho de que los profesionales médicos hacen poco uso del sistema sanitario (público o privado) y tienden a ponerse en manos de colegas, amigos o familiares médicos cuando tienen algún problema de salud.

En el caso de los pediatras se da esta situación pero no de manera tan acusada como en otros colectivos de médicos estudiados, Aún así sólo la mitad de los pediatras dispone de médico de cabecera con historia médica abierta. También la mitad de ellos acude a médicos de su entorno en caso de encontrarse enfermos. El recurso a consultas formales con sus médicos de cabecera o, directamente, con sus especialistas es un poco más habitual entre las mujeres y aumenta conforme los pediatras se van haciendo mayores. Cabe suponer que a medida que, con la edad, van apareciendo trastornos crónicos sea más razonable acudir a un médico de cabecera o a los especialistas correspondientes que tienen la historia médica actualizada.

### *Consumo de fármacos elevado y propensión a automedicarse*

El consumo de fármacos por parte de los pediatras es muy elevado y supera de largo el de la población general: un 80% de ellos ha tomado algún medicamento en los quince días anteriores al momento de la encuesta mientras que en la población general española de la misma clase social lo ha hecho un 56%. Es también importante el porcentaje de pediatras que ha tomado estos medicamentos por prescripción médica aunque predominan los que se medican por iniciativa propia. En realidad, un 34% de los pediatras toma fármacos recetados por otro médico y un 60% por decisión propia (considerando que un 15% de ambos combina ambas situaciones).

La práctica de la automedicación es superior entre los pediatras que entre la población general en todos los fármacos analizados y en algunos casos con diferencias muy amplias. Es preocupante la práctica de la automedicación en fármacos como los antibióticos, los antihistamínicos y los tranquilizantes.

El elevado nivel de consumo de medicamentos y las prácticas de automedicación entre los profesionales médicos se suelen explicar por una más rápida reacción de autodiagnóstico y una mayor facilidad de acceso a los fármacos. No es objeto de este informe evaluar la idoneidad y los posibles efectos de estas prácticas, aunque sí conviene alertar sobre ellas para que otros estudios las analicen en profundidad.

### *Buenas prácticas preventivas pero bajo nivel de vacunación contra la gripe*

Los hombres pediatras se controlan de manera periódica el colesterol y la tensión en la misma proporción que la población general. Las pediatras, en cambio, se controlan menos la tensión que las mujeres de su grupo social, aunque es muy posible que se deba a que aquellas son más jóvenes y no presentan todavía este tipo de trastornos.

Los pediatras se vacunan de manera habitual contra la gripe en mucha mayor proporción que la población (dos terceras partes), como es lógico ya que los profesionales sanitarios forman parte de los grupos de riesgo para los que está especialmente recomendada.

## 9.6. El ejercicio profesional en tiempos de cambio

Es un hecho que, dada la situación económica por la que está atravesando nuestro país y los cambios que se derivan en el sector sanitario, los profesionales de la salud han de adaptarse a una situación de falta de recursos en un marco institucional de gran complejidad, que repercute de manera directa en sus condiciones de trabajo y en el contexto social en que ejercen su profesión.

### *Los pediatras se adaptan a pacientes con problemas económicos o procedentes de otras culturas*

Aproximadamente una cuarta parte de los pediatras tiene, de media, más de una cuarta parte de sus pacientes viviendo en familias que atraviesan problemas económicos graves y/o procedentes de otros países. Esta situación requiere de un mayor esfuerzo del pediatra para comunicarse con las familias, detectar casos límite y reencauzar su labor de promoción de la salud. De hecho, un 26% manifiesta que tiene serios problemas para comunicarse con familias procedentes de otras culturas y un 58% opina que su ejercicio profesional se ve dificultado por la mala situación económica de sus pacientes. Hay que decir que tras esta opinión se encuentran perspectivas de distinto signo, unas más centradas en la dificultad que implica mantener unos hábitos de vida saludables en el niño cuando las familias no pueden garantizar un ocio activo o una nutrición equilibrada, por poner dos ejemplos, y en otros casos, como el de los pediatras privados, se pone de manifiesto una pérdida de usuarios que no pueden asumir el gasto de un servicio privado.

### *Pérdida de estatus social y empeoramiento de las condiciones de trabajo*

Aproximadamente un 60% de los pediatras también se ve afectado en mayor o menor medida por el empeoramiento de sus condiciones de trabajo y por los recortes realizados en sus centros de trabajo. A destacar que son los más jóvenes los que en mayor medida perciben estas dificultades.

En este contexto se plantea hasta qué punto el estatus social tradicional de los pediatras se ve resentido. La mayoría opina que la credibilidad social del pediatra se mantiene igual o que, incluso, ha aumentado, pero una parte importante, que representa más de un tercio, opina que ésta ha disminuido. La pérdida de credibilidad del pediatra es percibida en mayor medida por los profesionales jóvenes y por los trabajadores (mayoritariamente mujeres) que trabajan en el sistema sanitario público. Queda por saber si se trata de una tendencia (asociada a la asalarización y el deterioro de las condiciones laborales del colectivo) que se irá afianzando con el tiempo o se trata de una situación coyuntural.

### *Poco partidarios de que las familias acudan a Internet para informarse sobre salud infantil*

Otro elemento que puede interferir en el ejercicio profesional de los pediatras es el uso creciente de Internet por parte de las familias de sus pacientes para informarse sobre aspectos de la salud de los niños. En general los pediatras no se sienten cómodos ante esta práctica y consideran mayoritariamente que la información que los padres consultan sobre salud infantil en Internet les genera más dudas que luego son

trasladadas a la consulta. Y, por otra parte, opinan de manera mayoritaria que la búsqueda de información sobre salud no mejora la relación con sus pacientes. Curiosamente estas opiniones no están relacionadas con la edad de los pediatras e incluso son los más jóvenes los que se muestran más críticos con estas prácticas de las familias.

### *Coordinación insuficiente entre profesionales y niveles asistenciales*

Uno de los aspectos que los pediatras valoran como un problema en el ejercicio diario de su profesión es la falta de coordinación entre los diversos profesionales que intervienen en el cuidado del niño o en la atención a las familias. Además de la pérdida de tiempo y de energía que conllevan, los problemas de coordinación implican ofrecer una menor calidad asistencial y poner en riesgo la longitudinalidad y la globalidad de la atención a los pacientes, dos de los atributos básicos que definen la atención primaria.

La mejor valorada es la coordinación con otros pediatras, con una nota media de 7,2 sobre diez. Más presente en los centros de atención primaria del sistema público de salud que en las consultas privadas.

La coordinación con los médicos de familia es valorada con una puntuación más baja (un 6,3 sobre diez) y casi una cuarta parte de los pediatras cree que no hay relación o que es insuficiente. Con estos datos se confirmaría una idea comúnmente expresada por los pediatras y recogida en algunos estudios de que la posición del pediatra en los equipos de atención primaria es de cierto aislamiento respecto de los médicos de familia, en parte por su inferioridad numérica (Pueyo, 2011).

Una de las quejas más extendidas entre los profesionales de atención primaria suele ser la difícil relación que tienen con los médicos de consultas especializadas, generalmente ubicados en los hospitales. Por parte de los pediatras se confirma esta mala coordinación, que valoran con una nota media de 5,4 y a la que una tercera parte otorga un suspenso, sin contar la cuarta parte de los pediatras que no la ha valorado por no mantener ninguna relación con especialistas. Esta valoración es especialmente negativa entre los pediatras que trabajan en centros de atención primaria.

Por último, la coordinación con los farmacéuticos o con los servicios de promoción de la salud de la zona donde trabajan está valorada de manera negativa por la mayoría de los pediatras, con puntuaciones que rozan el suspenso. La descoordinación con los servicios de promoción de la salud de niños y adolescentes es especialmente preocupante ya que éstos realizan una labor de educación sanitaria, complementaria a la realizada por el pediatra, en contacto con la escuela y dirigida, por lo tanto, a niños y, sobre todo, adolescentes que no necesariamente acuden a las consultas médicas.

## 10. Anexo metodológico

### 10.1. Características técnicas de la encuesta

Las características técnicas de la Encuesta sobre la salud y las condiciones de trabajo de los pediatras en España son las siguientes:

**Universo:** la encuesta se dirige a todos los pediatras que ejercen la medicina clínica en España, tanto del sector público como del privado. Se excluyen los que se dedican exclusivamente a la gestión o a la docencia. No se disponen de datos fiables sobre el número de pediatras existentes. En el sector público se han contabilizado 9.036 pediatras, a los que habría que añadir los de sector privado, que se desconocen. A efectos prácticos y ante la dificultad de acceder a este colectivo concreto, se ha partido del registro de prescriptores de Laboratorios Ordesa, integrado por 7.425 profesionales, que pueden considerarse el universo real del estudio.

**Tamaño de la muestra:** se han obtenido respuestas de 1.028 pediatras, cifra que constituye la muestra final de la encuesta. El margen de error global resultante es de  $\pm 2,9\%$  para un nivel de confianza del 95,5% y el supuesto estadístico más desfavorable de  $p=q=0,5$ . Este tamaño de muestra permite una buena fiabilidad para análisis bivariados y, en algunas variables, trivariados. Sin embargo no permite analizar resultados por comunidades autónomas.

**Tipo de muestra:** aleatoria, en el sentido de que todos los efectivos de la muestra han tenido las mismas probabilidades de ser elegidos. Para garantizar que así fuera, la estrategia de contacto con los profesionales, que se explica posteriormente, ha sido exhaustiva.

**Tipo de encuesta:** autoadministrada. Los cuestionarios y la información complementaria se ha enviado a los pediatras por correo electrónico o por correo postal. La recepción de las respuestas también ha tenido esta doble vía, a través de cuestionario electrónico o a través de cuestionario en papel retornado por correo postal.

## 10.2. Representatividad y validación de la muestra

Las respuestas se han recibido en función de la voluntariedad de las personas contactadas y, por lo tanto, se basan en la aleatoriedad pura. Para garantizar la confidencialidad del proceso, no era posible saber quién contestaba y, por tanto, no se han podido controlar las características de las personas participantes a lo largo del proceso de recepción de encuestas. Sin embargo, posteriormente, una vez recibidas, se ha validado su representatividad a partir de las variables de sexo, edad y comunidad autónoma de procedencia. Desafortunadamente no se han encontrado estudios fiables que presenten el volumen y la estructura de este colectivo en base a las variables citadas o a su distribución por sector de actividad o centros de trabajo. Así pues, nos hemos basado en diversos informes que, aunque de manera parcial, se aproximan a esta información. El informe sobre *Oferta y necesidad de médicos especialistas en España (2010-2025)* nos ha permitido una aproximación al número de pediatras que trabajan en el sistema público de salud por comunidades autónomas y sexo. El informe *Oferta y necesidad de médicos especialistas en España (2008-2025)* presenta una pirámide por sexo y edad de este colectivo, también del sector público. No se ha encontrado información sobre el volumen y las características de los pediatras que trabajan en el sector privado. En el *Informe IDIS-Análisis de situación 2013* se apunta una cifra muy general, según la cual aproximadamente un 24% de los médicos (sin diferenciar por especialidades) trabajan en el sector privado (sin diferenciar los que combinan una actividad privada con otra en el sector público).

La distribución de la muestra obtenida se ha comparado con las informaciones existentes y se ha podido comprobar que la estructura de la muestra en lo que respecta a las variables control ha resultado muy similar a los datos disponibles sobre el universo. Como es lógico, se han detectado algunas descompensaciones por sexo ( $\pm 3\%$ ), por comunidad autónoma ( $\pm 4\%$  la máxima) y, sobre todo, por grupos de edad ( $\pm 8\%$  la máxima).

Ante esta situación, se ha calculado una muestra teórica igual a la estructura del universo y se han calculado los coeficientes de ponderación que permitirían otorgar a cada individuo el peso que le correspondería en la muestra teórica en función de sus características de sexo, edad y territorio. Una vez aplicados estos pesos, se ha podido comprobar que las frecuencias y los cruces por las variables principales no presentaban diferencias con la muestra sin ponderar más allá de pequeñas variaciones decimales.

Así pues, se ha optado por mantener la muestra obtenida sin aplicar pesos y dándola por válida y representativa del universo en función de los datos disponibles. Ello no impide que no haya algunas variables, relacionadas básicamente con las características laborales (sector, centro de trabajo, tipo de contrato, etc.), de las que no se dispone de información de base y que, por lo tanto, sea difícil extrapolar al conjunto del colectivo.

### 10.3. El cuestionario

El cuestionario utilizado en esta encuesta se ha diseñado siguiendo las pautas, en lo que respecta a los principales indicadores de salud, de las encuestas de salud dirigidas a población general más importantes de España. Concretamente se ha seguido el modelo de la *Encuesta Nacional de Salud de España (ENSE)*, cuya última edición es del 2011, y la *Encuesta de Salud de Cataluña (ESCA)*, que es continua y permite obtener datos del 2012. Por otra parte, se ha tenido como referencia la encuesta de *Salud, estilos de vida y condiciones de trabajo de los médicos de Cataluña*, realizada en el 2006 por la Fundación Galatea. Siempre que ha sido posible se han comparado los resultados obtenidos en la encuesta a pediatras con los obtenidos en población general perteneciente a su categoría socioeconómica. Se trata de la CSE I, que incluye a empresarios, directivos de empresas medianas y grandes y profesionales de nivel universitario. Se ha utilizado como referencia una u otra de estas encuestas en función del nivel de comparabilidad de sus variables con las del presente estudio.

El cuestionario, de tipo precodificado y adaptado a la autoadministración, contiene 74 preguntas y 171 variables, distribuidas en los siguientes apartados temáticos:

**TABLA 10.1.** Preguntas y variables del cuestionario por apartados temáticos

	Preguntas	Variables
1. Estilos de vida	19	35
2. Estado de salud	11	47
3. Uso de servicios sanitarios y prácticas preventivas	5	6
4. Situación laboral y profesional	17	48
5. Estructura familiar y tareas domésticas	10	15
6. Ejercicio profesional y relación con los pacientes	5	13
7. Datos sociodemográficos	7	7
<b>Total</b>	<b>74</b>	<b>171</b>

Se han hecho dos versiones iguales de este cuestionario, la estándar en papel y la versión electrónica, programada a partir del sistema de formularios del Google Drive. Los pediatras podían optar por uno u otro sistema.

Los cuestionarios rellenados en la versión electrónica llegaban automáticamente al fichero Excel de respuestas y los recibidos en papel han sido grabados, también en un fichero Excel, con doble entrada en un 15% de los casos. Una vez fusionados los dos ficheros, se han clasificado las respuestas abiertas o las recogidas como “otras respuestas”, se han depurado mediante análisis manual de inconsistencias y se han exportado al programa SPSS, con el que finalmente se han realizado los análisis.

## 10.4. Las variables

La mayoría de las variables contenidas en el cuestionario son de tipo directo, es decir una variable equivale a una pregunta o a un ítem de preguntas multivariantes. Otras variables son compuestas, es decir se han generado, mediante recodificaciones o cálculos diversos, a partir de las variables directas. Presentamos las principales en este apartado.

### *La actividad física*

Para calcular el índice de actividad física se ha utilizado la versión corta del International Physical Activity Questionnaire (IPAQ). Este instrumento solicita información sobre la frecuencia y el tiempo de práctica habitual de tres tipos de actividades: caminar, practicar actividades físicas moderadas y actividades vigorosas. Con estos datos se calcula la intensidad de la actividad en METS: caminar = 3,3 METS, la actividad moderada= 4 METS y la actividad intensa=8 METS (Ainsworth, 2011). En segundo lugar se calcula el gasto energético relacionando la frecuencia, la duración y la intensidad de la práctica.

$$\text{ÍNDICE ENERGÉTICO} = \sum \text{INTENSIDAD (METS)} * \text{DURACIÓN (MINUTOS)} * \text{FRECUENCIA (DÍAS)}$$

Y, por último, se clasifica la población en 4 grupos:

TABLA 10.2. Actividad física

Inactividad	No realizan ninguna actividad física en el tiempo libre
Actividad física ligera	≤ 499 total MET minutos/semana
Actividad física moderada	500 a 999 total MET minutos/semana
Actividad física intensa	≥1.000 total MET minutos/semana

### *El consumo de alcohol*

Para clasificar a los individuos según su consumo de alcohol se ha utilizado la propuesta del Plan Nacional de Drogas que contempla la frecuencia de consumo, la cantidad o número de consumiciones por día y la cantidad de alcohol ingerido en gramos o unidades de bebida estándar (UBE), que dependen del tipo de bebida consumida. Se diferencia el consumo por días laborables y en fines de semana.

TABLA 10.3. Cuantificación del consumo de alcohol

Unidad de consumo =  $\Sigma$ UBE (10gr.) \* Número de consumiciones \* Peso de frecuencia

1 unidad de bebida estándar (UBE) = 10 g alcohol puro

1 consumición de cerveza o 1 consumición de vino, cava o similares o 1 consumición de carajillo, vermut, chupitos	1 UBE
----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------

1 consumición de whisky, coñac, ron, aguardientes, combinados y similares (vaso o copa)	2 UBE
-----------------------------------------------------------------------------------------	-------

Consumo semanal en días laborables  
(lunes a jueves)

1. Ningún día laborable	x 0,00
2. Menos de un día laborable por mes	x 0,25
3. 1-3 días laborables por mes	x 0,50
4. 1 día laborable por semana	x 1,00
5. 2 días laborables por semana	x 2,00
6. 3 días laborables por semana	x 3,00
7. Todos los días laborables	x 4,00

Consumo semanal en fin de semana  
(viernes a domingo)

1. Nunca	x 0,000
2. Menos de un fin de semana al mes	x 0,125
3. Un fin de semana al mes	x 0,250
4. 2 fines de semana al mes	x 0,500
5. 3 fines de semana al mes	x 0,750
6. Todos los fines de semana	x 1,000

A partir de estos cálculos, las personas se clasifican en tres grupos:

TABLA 10.4. Clasificación en función del consumo de alcohol

No bebedores	No han consumido alcohol en los últimos 12 meses
Bebedores moderados	Hombres que han bebido menos de 28 unidades/semana Mujeres que han bebido menos de 17 unidades/semana
Bebedores de riesgo	Hombres que han bebido 28 o más unidades/semana Mujeres que han bebido 17 o más unidades/semana Personas que han tomado 5 consumiciones seguidas al menos una vez al mes.

### *El consumo de tabaco*

Para el cálculo del consumo de tabaco se ha utilizado la autodeclaración de los individuos respecto a su relación con el tabaco en la actualidad y en el pasado. Los individuos se clasifican en cinco grupos que se pueden agrupar en tres.

TABLA 10.5. Clasificación en función del consumo de tabaco

No fumadores	No fumadores	Persona que no ha fumado nunca
	Otros no fumadores	Personas no fumadoras que, a lo largo de su vida, han fumado de manera habitual u ocasional durante menos de 6 meses
Exfumadores	Exfumadores	Personas que no fuman actualmente pero que han fumado durante más de 6 meses de manera habitual u ocasional.
Fumadores	Fumadores diarios	Personas que fuman actualmente de forma diaria.
	Fumadores ocasionales	Personas que fuman actualmente pero no de forma diaria

### Índice de salud mental

Para obtener una medida de la salud mental de la población analizada se ha utilizado la escala de Goldberg, el General Health Questionnaire (GHQ-12). Este instrumento, validado en España y en más de 30 países, está recomendado para su utilización en estudios epidemiológicos y encuestas de salud dirigidas a población general y a colectivos específicos. Mide las probabilidades que tiene una persona de sufrir un trastorno mental en el momento de la entrevista y está considerado como un buen instrumento de cribaje de salud mental de una población. Consta de 12 ítems en forma de escala Likert con cuatro posibilidades de respuesta. Las respuestas 1 y 2 de cada pregunta puntúan como 0 y las respuestas 3 y 4 puntúan 1. La puntuación global se obtiene de la suma de todos los ítems, considerando valores perdidos los casos con más de 5 ítems no contestados. Se considera que las personas con una puntuación superior a 2 ( $\geq 3$ ) están en riesgo de tener una mala salud mental.

### Índice de masa corporal

El índice de masa corporal (IMC) se calcula a partir de la autodeclaración de peso y altura. La fórmula aplicada es peso en kg dividido por altura en metros al cuadrado ( $\text{kg}/\text{m}^2$ ). A partir de este cálculo se clasifica a la población en cuatro grupos:

TABLA 10.6. Clasificación en función del IMC

Bajo peso	IMC <18,5
Normopeso	IMC $\geq 18,5$ a <25
Sobrepeso	IMC $\geq 25$ a <30
Obesidad	IMC $\geq 30$ $\text{kg}/\text{m}^2$

### Factores de riesgo psicosocial en el trabajo

Se ha utilizado una adaptación reducida del Job Content Questionnaire (Karasek, 1993) que mide diferentes factores de riesgo psicosocial en base a cinco dimensiones: el apoyo de los superiores, el apoyo de

los compañeros, el control sobre el trabajo, la participación en las decisiones de la unidad o del centro de trabajo y las exigencias psicológicas de las tareas desarrolladas.

Estas dimensiones se valoran a partir de diversos ítems que admiten valores de 1 a 4 mediante una escala Likert (de muy de acuerdo a muy en desacuerdo). Los ítems formulados en positivo son recodificados en sentido contrario (de 4 a 1) y se calculan las medias de cada dimensión, siendo la media teórica 2,5. Para evaluar la consistencia interna de los ítems de cada dimensión se ha calculado el Alpha de Cronbach, cuyos resultados son favorables excepto en la dimensión de control sobre el trabajo que registra un valor de 0,587.

TABLA 10.7. Ítems empleados para el cálculo de los factores de riesgo psicosocial y valor del Alpha de Cronbach

<b>Apoyo de los superiores</b>	
1. A mi jefe o jefa le preocupa el bienestar de los que trabajan con él/ella	0,850
2. Mi jefe o jefa presta atención a lo que le digo	
3. Mi jefe o jefa es hostil o conflictivo/a conmigo	
4. Mi jefe o jefa consigue que la gente trabaje en equipo	
<b>Exigencias psicológicas</b>	
1. Tengo que trabajar mucho	0,762
2. En mi trabajo me piden a menudo que haga cosas incompatibles	
3. Mi trabajo requiere que me concentre durante mucho rato en lo que estoy haciendo	
4. A menudo me interrumpen el trabajo y por eso tengo que volver a ponerme más tarde	
5. Tengo que trabajar contrarreloj	
7. A menudo mi trabajo se demora porque tengo que esperar el resultado de pruebas que realizan otras personas o departamentos	
<b>Control sobre el trabajo</b>	
10. Mi trabajo requiere que sea creativo/a	0,587
11. Mi trabajo me permite tomar muchas decisiones por mi cuenta	
13. En mi trabajo llego a hacer gran cantidad de cosas diferentes	
14. Tengo mucha influencia sobre lo que pasa en mi trabajo cada día	
<b>Apoyo de los compañeros</b>	
18. Mis compañeros/as de trabajo son hostiles o conflictivos/as conmigo	0,785
19. Mis compañeros/as de trabajo se interesan por mí como persona	
20. Mis compañeros/as de trabajo fomentan el trabajo en equipo	
21. Si tuviera algún problema en el trabajo podría contar fácilmente con la ayuda de mis compañeros/as	
<b>Participación</b>	
22. Puedo influir de manera importante sobre las decisiones que afectan a mi unidad	0,907
23. En mi unidad las decisiones se toman colectivamente	
24. Se tienen en cuenta mis ideas sobre el trabajo de la unidad	

## 10.5. La recogida de información

El contacto con los pediatras se ha realizado partir del registro de pediatras prescriptores de los laboratorios Ordesa. Este registro constaba de 7.425 profesionales con sus correspondientes datos de localización (nombre, dirección, teléfono (disponible en un 87,5% de los casos) y dirección de correo electrónico (disponible para el 62%).

La recogida de información se ha realizado entre mayo y julio de 2013.

### *Contacto con los profesionales*

Para facilitar el acceso a los profesionales y facilitar su participación en el estudio se han utilizado diversas vías de contacto, a través del correo electrónico y del correo postal con un exhaustivo seguimiento telefónico.

- » Se han enviado emails informativos a todos los pediatras de los que se disponía de dirección electrónica. En el texto del correo se explicaban los objetivos de la encuesta y la estrategia de participación, así como los datos necesarios para contactar con los miembros del equipo investigador. En total se han enviado **4.547 correos electrónicos**.
- » Se han enviado cartas informativas a una submuestra de pediatras de los que no se disponía de dirección electrónica. Se ha priorizado el envío de cartas en las CCAA en las que las necesidades de la muestra prevista no estaban suficientemente cubiertas con las direcciones electrónicas disponibles. Los envíos postales contenían una carta informativa (que incluía el enlace con el cuestionario electrónico), un ejemplar del cuestionario en papel y un sobre de franqueo en destino para el retorno del cuestionario. Se han enviado en total **952 cartas**.

### *Seguimiento telefónico*

Todos los envíos se han complementado con un seguimiento telefónico. Las llamadas tenían como objetivo confirmar que los pediatras habían recibido la carta o el email, completar la información sobre la encuesta y las diversas posibilidades de participación (respuesta electrónica o en papel) y actualizar los datos de contacto. El seguimiento telefónico se ha realizado en paralelo al envío de emails y de cartas, entre el 30 de junio y el 30 de julio. En total se ha llamado a 4.615 profesionales y se han realizado 7.040 llamadas, es decir una media de 1,5 llamadas por persona. Una tercera parte de estas llamadas han dado resultado positivo (se ha podido hablar con el profesional), otra tercera parte ha dado resultado negativo (no se ha podido contactar con el profesional). El resto de llamadas corresponde a casos en que había que seguir insistiendo cuando se cerró el período de llamadas (contactos en curso).

### *Recepción de respuestas*

Los pediatras también tenían dos vías para rellenar y enviar el cuestionario. Podían contestar a través del cuestionario electrónico, cuyo enlace les era facilitado en el correo electrónico o en la carta que se les enviaba, o manualmente en formato papel con retorno por correo postal.

En total se han recibido 1.034 cuestionarios, de los que se han anulado 6 por tratarse de encuestas repetidas o con un nivel elevado de preguntas no contestadas. Un 85% de los cuestionarios (876) han llegado vía on line y un 15% (158) por correo postal.

### *Tasa de respuesta*

La tasa de respuesta (% de cuestionarios recibidos sobre el total de envíos realizados) ha sido del 18,5%. La efectividad de cada sistema de contacto con los profesionales ha sido muy similar. El porcentaje de cuestionarios recibidos on line sobre el total de correos electrónicos enviados ha sido del 19% mientras que los recibidos por correo postal han representado el 16% del total de cuestionarios enviados por este sistema. Estas diferencias son poco relevantes sobre todo si tenemos en cuenta que una parte (difícil de precisar) de los cuestionarios enviados por correo postal han sido contestados vía *on line*.

TABLA 10.8. Tasa de respuesta

Tasa de respuesta <i>on line</i>	19%
Tasa de respuesta por correo postal	16%
Tasa de respuesta total	18,5%

### *La confidencialidad*

El operativo de recogida de información ha sido diseñado para preservar la confidencialidad a lo largo de todo el proceso.

Las respuestas eran recibidas y recogidas directamente por los investigadores de la Fundación Galatea sin que hubiera manera de saber quién las enviaba.

Así pues, los datos de identificación utilizados para el contacto con los profesionales han estado en todo momento disociados de los cuestionarios recibidos. Y ante la eventualidad de que se pudiera reconocer a algún profesional a través de variables territoriales (CCAA y tamaño del municipio en que trabajan), no se incluye en el análisis ninguna información en el que se incluyan ambas variables. Igualmente se han excluido (o agrupado) informaciones concretas que podían llevar a un reconocimiento de personas concretas.

## 11. Bibliografía

- Ainsworth BE, Haskell WL, Herrmann SD, Meckes N, Bassett Jr. DR, Tudor-Locke C, Greer JL, Vezina J, Whitt-Glover MC, Leon AS. 2011 Compendium of Physical Activities: a second update of codes and MET values. *Med Sci Sports Exerc.* 2011;43(8):1575-1581.
- Alvarez GG, Ayas NT. The impact of daily sleep duration on health: a review of the literature. *Prog Cardiovasc Nurs.* 2004;19(2):56-9.
- Amable M, Benach J, González S. La precariedad laboral y su repercusión sobre la salud: conceptos y resultados preliminares de un estudio multimétodos. *Arch Prev Riesgos Labor.* 2001;4(4):169-184.
- Aranceta J, Perez C, Serra L, Ribas L, Quiles J, Vioque J, Tur J, Mataix J, Llopis J, Tojo R, Foz M; Grupo colaborativo para el Estudio de la Obesidad en España. Prevalencia de obesidad en España: resultados del estudio SEEDO 2000. *Med Clin (Barc).* 2003;120:608-12.
- Arrizabalaga P, Bruguera M. Feminización y ejercicio de la medicina. *Med Clin (Barc).* 2009;133(5):184-186.
- Artazcoz L, Artieda L, Borrell C, Cortes I, Benach J, Garcia V. Combining job and family demands and being healthy: what are the differences between men and women? *European Journal Public Health.* 2004;14(1):43-8.
- Artazcoz L. Carga mental y factores de riesgo psicosocial, ¿estamos midiendo lo mismo o son cosas diferentes? *Archivos de prevención de riesgos laborales.* 2001; 4(3): 9-10.
- Atienza AA, Yaroch AL, Masse LC, Moser RP, Hesse BW, King AC. Identifying sedentary subgroups: the National Cancer Institute's Health Information National Trends Survey. *Am J Prev Med.* 2006;31:383-90.
- Bamonde L, Valls T, Amigo ME. Situación de la Pediatría de Atención Primaria en Galicia. *Rev Pediatr Aten Primaria.* 2009; 11(41):17-31.
- Barber P, González B, Suárez R. Oferta y necesidad de médicos especialistas en España (2010-2025). Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. 2011.
- Barber P, González B. Oferta y necesidad de médicos especialistas en España (2008-2025). Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. 2009.
- Bergman B, Ahmad F, Stewart DE. Physician health, stress and gender at a university hospital. *J Psychosom Res.* 2003;54:171-8.

- Bergner M. Measurement of health status. *Med Care*. 1985;23:696-704.
- Blancafort X, Masachs E, Valero S, et al. Estudio sobre la salud de los residentes en Cataluña. Fundación Galatea, 2008.
- Bortz WM II. Health behavior and experiences of physicians. Results of a survey of Palo Alto Medical Clinic physicians. *West J Med*. 1992;156:50-1.
- Breslow L. Public health aspects of weight control. *Int J Epidemiol*. 2006;35(1):3-9.
- Breslow L. Some sequels to Surgeon General's Report on smoking and health: Thirty years later. *Ann Epidemiol*. 1996;6:372-375.
- Bruguera M, Guri J, Arteman A, Grau Valldosera J, Carbonell J. La atención de los médicos hacia el cuidado de su propia salud. Resultados de una encuesta postal. *Med Clin (Barc)*. 2001;117:492-4.
- Caamaño F, Figueiras A, Lade E, Gestal-Otero JJ. La automedicación: conceptos y perfil de sus usuarios. *Gac Sanit*. 2000;14:294-9.
- Craig CL, Marshall AL, Sjöström M et al. International physical activity questionnaire: 12-country reliability and validity. *Med Sci Sports Exerc*. 2003; 35:1381-1395.
- Del Boca FK, Darkes J. The validity of self-reports of alcohol consumption: state of the science and challenges for research. *Addiction*. 2003;98 (Supl 2):1-12.
- Encuesta Nacional de Salud de España. 2011-2012. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Metodología y resultados disponibles en <http://www.mssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/encuesta-Nacional/encuesta2011.htm>
- Enquesta de Salut de Catalunya 2013. Departamento de Salut. Generalitat de Catalunya. Metodología y resultados disponibles en <http://www20.gencat.cat/portal/site/salut/menuitem.f33aa5d2647ce0dbe23ffed3b0c0e1a0?vgnextoid=0eae131afa762310VgnVCM2000009b0c1e0aRCRD&vgnnextchannel=0eae131afa762310VgnVCM2000009b0c1e0aRCRD>
- Fagerström K. The epidemiology of smoking: health consequences and benefits of cessation. *Drugs*. 2002;62 (Supl 2):1-9.
- Firth-Cozens J. Interventions to improve physicians' well-being and patient-care. *Soc Sci Med*. 2001; 52:215-222.
- Firth-Cozens J, Payne R, Stress in health professionals: psychological and organisational causes and interventions, Wiley, 2000.
- Goldberg, D. The General Health Questionnaire. Windsor, UK: NFER-Nelson, 1978.
- Goodman DC. The pediatrician workforce: current status and future prospects. *Pediatrics*. 2005;116(1).
- Hallal PC, Victora CG. Related Articles. Reliability and validity of the International Physical Activity Questionnaire (IPAQ). *Med Sci Sports Exerc*. 2004;36(3):556.

Health implications of obesity. National Institutes of Health Consensus Development Conference Statement. *Ann Intern Med.* 1985;103(6):1073-77.

Informe 2004 del Observatorio Español sobre drogas. Situación y tendencias de los problemas de drogas en España. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre drogas. Ministerio de Sanidad y Consumo. Disponible en <http://www.pnsd.msc.es/Categoria2/publica/pdf/oed-2004.pdf>

Informe 2007. Situación y tendencias de los problemas de drogas en España. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Observatorio Español sobre Drogas (OED). Madrid, Ministerio de Sanidad y Consumo, 2008. Disponible en: <http://www.pnsd.msc.es/Categoria2/publica/pdf/oed-2007.pdf>

Informe IDIS – Análisis de situación 2013 - Instituto para el Desarrollo e Integración de la Sanidad, Madrid, 2013. Disponible en: [http://www.fundacionidis.com/wp-content/uploads/2013/03/AnalisisSituacion\\_2013.pdf](http://www.fundacionidis.com/wp-content/uploads/2013/03/AnalisisSituacion_2013.pdf)

Karasek R, Theorell T. *Healthy work. Stress, productivity, and the reconstruction of working life.* New York: Basic Books, 1990.

Karasek RA, Pieper C, Schwartz J. *Job Content Questionnaire and user's guide, versión 1,5.* Lowell (Boston), University of Massachusetts Lowell, Department of Work Environment, 1993.

Lahiri S, Moure-Eraso R, Flum M, Tilly C, Karasek R, Massawe E. Employment conditions as social determinants of health. Part I: the external domain. *New Solutions Journal.* 2006;16(3):267-88.

Martikainen P, Aromaa A, Heliövaara M, Klaukka T, Knekt P, Maatela J, Lahelma E. Reliability of perceived health by sex and age. *Social Science and Medicine.* 1999; 48(8):1117-22.

Monroe SM. Modern approaches to conceptualizing and measuring human life stress. *Annu Rev Clin Psychol.* 2008; 4:33-52.

Moure-Eraso R, Flum M, Lahiri S, Tilly C, Massawe E. A review of employment conditions as social determinants of health part II: the workplace. *New Solut.* 2006;16(4):429-48.

Muñoz PE, Vázquez JL, Rodríguez F. Adaptación española del General Health Questionnaire (GHQ) de Goldberg. *Arch Neurobiol.* 1979;42:139-158.

Pekka Oja. Development of a common instrument for physical activity. En: Nosikov A, Gudex G, editors. *EUROHIS: Developing Common Instruments for Health Surveys.* IOS Press; 2003.

Pletcher A., Rimsza ME. Enhancing Pediatric Workforce Diversity and Providing Culturally Effective Pediatric Care: Implications for Practice, Education, and Policy Making. *Pediatrics.* 2013;132(4):e1105-e1116.

Pueyo MJ, Baranda L, Valderas J, Starfield B, Rajmil L. Papel del pediatra de atención primaria y coordinación con atención especializada. *An Pediatr (Barc).* 2011;75(4):247-252.

Quesnel-Vallée A. Self-rated health: caught in the crossfire of the quest for 'true' health? *International Journal of Epidemiology.* 2007;36(6):1161-4.

- Rajmil L, La crisis económica afecta la salud infantil: ¿qué papel tienen los pediatras? *An Pediatr (Barc)*. 2013;79(4):205-207.
- Rocha K, Pérez K, Rodríguez-Sanz M, Borrell C, Obiols JE. Propiedades psicométricas y valores normativos del General Health Questionnaire (GHQ-12) en población general española, *Int J Clin Health Psychol*, 2011; 11(1):125-139.
- Rodríguez-Martos A, Gual A, Llopis JJ. La «unidad de bebida estándar» como registro simplificado del consumo de bebidas alcohólicas y su determinación en España. *Med Clin (Barc)*. 1999;112(12):446-50.
- Rohlfs I, Arrizabalaga P, Artazcoz L et al. Salud, estilos de vida y condiciones de trabajo de los médicos y médicas en Cataluña. Fundación Galatea, 2007.
- Santisteban Robles M. El pediatra en los Centros de Salud. Asociación de Pediatría Andalucía Oriental. Bol. SPAO 2008; 2 (4).
- Sociedad Española de Pediatría Extrahospitalaria y Atención Primaria (SEPEAP). La Pediatría Extrahospitalaria y de Atención Primaria: situación actual y perspectivas de futuro. Abril 2009.
- Van Itallie TB. Obesity: adverse effects on health and longevity. *Am J Clin Nutr*. 1979;32(12 Supl):2723-33.
- World Health Organization. Global Recommendations on Physical Activity for Health. Switzerland: WHO Press; 2010.

La salud, los estilos de vida y las condiciones de trabajo de los pediatras en España

**FUNDACIÓN GALATEA**

**Presidencia:**

Dr. Jaume Padrós Selma

**Gerencia:**

Dr. Antoni Arteman Jané

**Coordinación de programas:**

Sra. Anna Mitjans Garcés

**Soporte administrativo:**

Sra. Marta Anglès Traserria





Paseo de la Bonanova, 47  
08017 Barcelona  
Teléfono 93 567 88 56  
Fax 93 567 88 54

[fgalatea@fgalatea.org](mailto:fgalatea@fgalatea.org)  
[www.fgalatea.org](http://www.fgalatea.org)

Con el apoyo de:



[www.ordesa.es](http://www.ordesa.es)